

被保険者が記入するところ	②被保険者の 記号・番号	××	××××	③事業所名 (会社名)	××××株式会社				
	④被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	⑤住所	〒×××-×××× 東京都××××× ×-×-× E-mail ××××@××.××.××				
	⑥療養を受け た者の氏名	健保 花子	⑦生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	⑧続柄 妻	
	⑨傷病名 又は症状	筋肉麻痺			⑩発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	⑪発病の 原因及び 経過	脳出血による後遺症			⑫第三者 行為による ものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (例)交通事故やけんか等			
	⑬被保険者 振込先口座	金融 機関名	×××銀行		支店名	新宿西			<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	口座 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	NO. ×××××××	フリガナ 名義	ケンポ タロウ 健保 太郎				

あんま・ マッサージ師が記入するところ	初療年月日	年	月	日	施術期間	自・令和	年	月	日	至・令和	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名	あんま・マッサージ師の方に 記入の依頼をさせていただきます												転	帰		
	マッサージ	軀幹	円×			回=	円										継続・治療・中止・転医
		右上肢	円×			回=	円										摘要
		左上肢	円×			回=	円										
		右下肢	円×			回=	円										
		左下肢	円×			回=	円										
	変形徒手矯正術	円	肢×		回=	円											
	温罨法	左下肢	円×			回=	円										
	温罨法・電気光線器具	左下肢	円×			回=	円										
往療科	4km未満	円×			回=	円											
往療科	4km超	円×			回=	円											
計																円	
施術日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
通院○/往療○																	
上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。	令和 年 月 日																
住所																	
氏名																	
電話番号																	
保健所登録区分	1.施術所所在地		2.出張専門施術者所在地														
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名														
令和 年 月 日	要加療期間																
令和 年 月 日																	

上記のとおり申請いたします。

提出日 令和 年 月 日

備考欄

健保受付印

健保記入欄	決定額	円	資格	取得	平成	年	月	日	
	決定日	令和		年	月	日	喪失	平成	年