

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）												
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。

①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点

・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

被保険者情報・申請内容	被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話（内線）
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒			
	社内携帯番号	() -		電話番号	() -
	療養を受けた者の氏名			療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	発症または負傷の原因				
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日			施術期間																	実日数	請求区分											
	平・令 年 月 日			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日																	日	新規・継続											
	傷病名または症状																					転帰											
																						継続・治癒・中止・転医											
	マッサージ			軀幹	円	×		回	=	円	摘 要																						
				右上肢	円	×		回	=	円																							
				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	×		回	=	円																							
	温電法				円	×		回	=	円																							
	温電法・電気光線器具				円	×		回	=	円																							
	往療料 4kmまで				円	×		回	=	円																							
	往療料 4km超				円	×		回	=	円																							
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円	×		回	=	円																							
合計																				円													
施術日 通院○ 往療◎		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

施術証明書	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。			保健所登録区分	1.施術所所在地		2.出張専門施術者住所地	
	令和 年 月 日							
	登録記号番号（申し出た施術者登録番号） 施術所 所在地 名 称 電話							

備考 同意記録	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
					令 和 年 月 日					

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者（申請者）	氏 名		
	代理人 （実際に給付を受領する者）	氏 名		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称			銀 行 信用金庫	本店 支店	
	預金種別	普通 その他 当座 ()	口座番号			口座名義 (カタカナ)

- 添付書類
1. 医師の施術同意書（6ヶ月ごと）原本
2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印