

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】[illegible]

被保険者情報	被保険者等の 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏 名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生 年 月 日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	住 所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3		※健保事務処理センター(03-6709-8031)より申請内容について 電話確認をする場合がありますので必ずご記入ください。	
	社内携帯番号	(000) 0000-0000		電話番号	(0101) 00-0000
	療養を受けた者 の氏名	健保 花子		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発症または 負傷の原因	脳出血による後遺症			
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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		平・令 年 月 日		令和 年 月 日		至 平令和 年 月 日		日		実日数		請求区分																				
	傷病名または症状												新規・継続																				
													転帰																				
													継続・治癒・中止・転医																				
	マッサージ		躯幹		円 ×		回 =		円		摘要																						
			右上肢		円 ×		回 =		円																								
	変形徒手矯正術																																
	温電法																																
	温電法・電気光線器																																
	往療料 4km未満																																
往療料 4km超																																	
施術報告書交付料		(前回支給: )																															
合計																																	
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			施術管理者		氏名																												
	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	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀行	●●	
				信用金庫		
	預金種別	普通 当座	その他 ( )	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ) ケンボタロウ

■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