

被保険者
健康保険
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	記号番号	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	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	日	新規・継続																							
	傷病名または症状										転帰																							
					軀幹	円	×	回	=	円	継続・治癒・中止・転医																							
					右上肢	円	×	回	=	円																								
	マッサージ											摘要																						
	変形徒手矯正術																																	
	温罨法																																	
	温罨法・電気光線器																																	
	往療料 4kmまで																																	
往療料 4km超																																		
施術報告書交付料		(前回支給)																																
合計																																		
施術日	通院〇	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	
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		電話																													
			名称																															
	施術管理者 氏名																																	
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	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀 行	●●	
	預金種別	普通	その他	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

■添付書類

- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
- 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印