

被保険者情報	被保険者証の記号番号	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 ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090(7891)2345 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			
	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	施術期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 平令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名または症状						転帰	転帰
	マッサージ	円 × 回 = 円	円 × 回 = 円	摘要				
	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 (前回支給時)							
	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。 令和 年 月 日		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		
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			

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和 ●●年●●月●●日
	<input type="checkbox"/> ②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。	
被保険者(申請者)	氏名	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード			本店 支店
	金融機関名称			
	預金種別	普 当		

■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

備考	個人番号(被保険者証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 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印