

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】
被扶養者

| | | | | | |
|-------------|-------------------------|------|----|---------------|-------------------|
| 被保険者情報・申請内容 | 被保険者証の記号番号 | 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 年 月 日 平成 |
| | 住所 電話番号等 (日中の連絡先) | 〒 | | メールアドレス | |
| | 療養を受けた者の氏名 | | | 療養を受けた者の生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 令和 |
| | 発症または負傷の原因 | | | 交通事故等で第三者が原因か | いいえ ・ はい |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------|-----------|-----|------|-----------------------|-----|---|------|-------------|
| 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 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 | 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 | | | | |
| | 温罨法 | | 円 × | 回 = | 円 | | | | |
| | 温罨法・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 | 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 |
| | | | 令和 年 月 日 | |
| | | | | 要加療期間 |

※在職者の方は事業主を経由して振り込まれます。以下の委任状に記入してください。

| | | |
|-----|---|----------|
| 委任状 | <input 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。 | |
| | <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。 | |
| | 日付 | 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 |

※退職者・任意継続被保険者の方は以下の振込先情報に記入してください。

| | | | | |
|-------|--------|------------------|------|------------|
| 振込先情報 | 金融機関名称 | 銀行 本店 信用金庫 支店 | | 支店番号 |
| | 預金種別 | 普通 当座 その他() | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) |

| | | |
|----|--|-------|
| 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) | 受付日付印 |
| | ※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 | |