

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
	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。			
				※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

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	躯幹 円 × 回 = 円 右上肢 円 × 回 = 円 左上肢 円 × 回 = 円 右下肢 円 × 回 = 円 左下肢 円 × 回 = 円		摘要
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		

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 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 _____ 施術管理者 氏名	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
			令和 年 月 日	
				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 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		

※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		支店コード	
	金融機関名称	銀行		本店
		信用金庫		支店
預金種別	普通 当座	その他 ( )	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

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
----	--

受付日付印