

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分)【あんま・マッサージ用】

被保険者欄	被保険者証等の 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)		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ			被保険者 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日
		健保 太郎				平成	
	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			メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ			療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	●●年 ●●月 ●●日
健保 花子							
発症又は 負傷年月日	●●年 ●●月 ●●日			発症又は負傷の原因 及びその経過	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。				※「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																																								
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日														日	新 規 ・ 継 続																																								
	傷病名及び症状		転 帰																																																							
	施 術 料	通	この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。																														転医																									
		訪																																																								
		訪																																																								
		訪																																																								
		訪																																																								
		温 罨 法 (カ)																																																								
		温罨法・電気																																																								
	変形徒手矯																																																									
	※温罨法との																																																									
	特 別 地 域																																																									
往 療 料		円 × 回 = 円																																																								
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 × 回 = 円																																																								
費 用 額 計		円																																																								
施術日	訪問1①	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																										
通所○ 訪問2②	月																																																									
往療◎ 訪問3③																																																										
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																																										
施 術 証 明 欄	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														〒	住 所																																										
	免許登録番号														あん摩 マッサージ指圧師 氏 名														電 話																													
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(申請書)														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 ●●														本店/支店																												
	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

備 考	個人番号 (被保険者証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																																