

同 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
支 給 割 合	7 割 ・ 8 割 ・ 9 割
支 給 額	円

常務理事	事務長	担当者

被保険者  
健康保険  
療養費支給申請書(あんま・マッサージ)  
被扶養者

申請日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記号 番号	② 被保険者の氏名(申請が本人の場合、年齢も記入)	( 歳)	
	③ 申請が被扶養者であるときはその者の氏名と年齢	( 歳)	④ 被保険者との続柄	⑤ 傷病名	⑥ 発病又は負傷の日 平成・令和 年 月 日
	⑦ 健康保険を受けることができなかった理由	償還払いのため			
	⑧ 治療に要した費用	円			
	⑨ 第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	※第三者行為による場合で、「第三者行為による傷病届」が未提出の方は、至急提出してください。		
	*被保険者が請求される場合は、記入不要です。				
	⑩ 支払金融機関	金融機関名	支店名		
		預金種目	口座番号		
		口座名義	*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。		
		(カナ)			
	(漢字)				

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転記	
	年 月 日	自 平成・令和 年 月 日 ~ 至 平成・令和 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止	
	傷病名または症状					
	マ ッ サ ー ジ	躯 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 2km.まで	円 ×	回 =	円			
加算 ( km.)	円 ×	回 =	円			
合 計			円			
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16					
通院 ○ ・ 往療 ◎	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		
	あんま・マッサージ 住所	TEL ( )				
	指 圧 師 氏名					
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	
			平・令 年 月 日			

\*任意継続被保険者の方は記入不要です。

⑩ 私は、事業主を代理人と定め、療養費の受領を委任します。

住所  
本人  
氏名  
住所  
※代理人  
氏名

受付印

被保険者のマイナンバー(12桁)

(健康保険被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

※記入上の注意事項

1. 太枠内を記入下さい。
2. ⑩の本人の欄は事業主経由(給与振込)で支給するため必ず自筆で記入してください。  
※印の代理人欄は会社が記入しますので、申請者は記入不要