

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
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	被保険者生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 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			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子	療養を受けた者の生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成 ●●年 ●●月 ●●日
	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

施術内容欄	初療年月日	●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																									
	傷病名及び症状						転	帰																									
	通						転医																										
	訪																																
	訪																																
	訪																																
	訪																																
	温 罨 法 ()																																
	温 罨 法 ・ 電 気																																
	変形徒手矯正 ※温罨法との併用																																
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																																
往療	訪問3③																																

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		
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		

※在職者は、委任状欄に記入してください。

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。 一該当するものにチェック☑して下さい。

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。 令和●年●月●日

被保険者(申請書)	氏名	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※任職・退職者は、振込先情報を記入してください。

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	口座番号	1234567
	その他()	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

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

受付日付印