健康保険　被保険者 / 家族　療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者(申請者)の氏名（自著）		
社員番号			事業所名称		
療養を受けた者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 男・女		続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日		傷病名		
発症又は負傷の原因及びその経過			業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他		

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。　　年　月　日

※施術師の代理受領は対応しておりません。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支払金融機関

金融機関名	預金の種類	口座番号	
銀行 信金 信組　本店 支店	1. 普通 2. 当座	口座名義（カナ）（被保険者名義）	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成 令和 年 月 日	自 平成・令和 年 月 日 ～至 平成・令和 年 月 日	日	新規・継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

					摘要
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	
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 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

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。

年　月　日　住所

あん摩マッサージ指圧師

氏名　　電話

備考

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
		平成 令和 年 月 日		

添付書類　①医師の同意書（原本）
②領収書（原本）

受付日付印