

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)  
 家族

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		電 話 ( )																										
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ	男・ 女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																							
	発症又は 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。 ※施術師の代理受領は対応しておりません。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 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 _____																															
	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 ～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																									
	マッサー		軀幹	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																										
	温電法		円×		回=	円																										
温電法・電気光線器具		円×		回=	円																											
往療料 2kmまで 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																															
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  
 ②領収書(原本)

受付日付印