

健康保険 療養費支給申請書

記入例

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

あんま・マッサージ用

※申請者の方は太枠内をご記入ください。

被保険者記入欄	記号番号	記号	番号	事業所名	株式会社〇〇			
	被保険者(申請者)氏名	健保 太郎		連絡先	TEL 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 <small>※日中繋がる電話番号をご記入ください。</small>			
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	続柄	妻	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	5年8月9日	傷病名	脳出血による片麻痺			
	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			
脳出血の後遺症				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他				
支払金融機関	金融機関名		預金の種類	口座番号	1234567			
	〇〇	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義) ケンポ タロウ			

※被保険者以外の口座へお振込み希望の場合は、委任状(健保HPに掲載)をご提出ください。

口座名義をローマ字登録している方は、ローマ字で記入をお願いいたします。カタカナの記入は必要ございません。

あんま・マッサージ師記入欄	初療年月日		施術期間		転帰 継続・治癒・中止・転医	
	平成 令和	年月日	自令和	年月日～至令和		年月日
内容	傷病名または症状				摘要	
	施術	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	
	温電法		円×	回=	円	
	温電法・電気光線器具		円×	回=	円	
	往療料 (2kmまで)		円×	回=	円	
加算 (km)		円×	回=	円		
費用額計					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。				令和 年 月 日	
住所 氏名 電話番号						
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			

あんま・マッサージ師に記入いただきます。

添付書類 ①医師の同意書(原本)
②領収書(原本)

受付日付印