

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】  
被扶養者

被保険者情報・申請内容	被保険者等 記号・番号	記号	番号	所属事業所	
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			
	療養を受けた者の 氏名	電話 ( )	メールアドレス	療養を受けた者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	発症または 負傷の原因				
	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 ・ はい
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																									
	平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		日	新規・継続																									
	傷病名または症状				転帰																									
					継続・治癒・中止・転医																									
	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																									
	温電法		円 ×	回 =	円																									
	温電法・電気光線器具		円 ×	回 =	円																									
	往療料 4kmまで		円 ×	回 =	円																									
往療料 4km超		円 ×	回 =	円																										
施術報告書交付料 (前回支給: 年月分)		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																												
施術証明書	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	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	施術所 所在地	電話																										
			名称																											
			施術管理者 氏名																											
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																									
			令和 年 月 日																											

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記にご記入ください。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称	銀行			本店
		信用金庫			支店
預金種別	普通 当座	その他 ( )	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

■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

受付日付印

備考	個人番号 (被保険者等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