健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

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	株式会社　セールスフォース・ジャパン
		2000	○○○○		
	被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		被保険者 生年月日	昭和33年9月10日
	住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都　○○区　××　1-2-3 電話　090（△△△△）◆◆◆◆		メールアドレス	○○○○@××.co.jp
	療養を受けた者の氏名	健保　太郎		療養を受けた者の生年月日	昭和33年9月10日
	発症または負傷の原因	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 ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		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。

	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
施術内容欄	平・令　年　月　日	自　令和　年　月　日～至　令和　年　月　日	日	新規　継続
				転医
	温			
	施術報			
	施術 通院 往療			31
施術証明書	上 令和 登録			
備考				
同意記録				期間
		令和　年　月　日		

この欄は、あんま師・マッサージ師に
記入を依頼してください。

※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 信用金庫			本店 支店	
	預金種別	普通　その他 当座　（　）	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	

セールスフォース健康保険組合