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

被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話（内線）　03-1234-5678（999）
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	（昭和）／平成　●●年●●月●●日
住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒123-4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　090（7891）2345		メールｱﾄﾞﾚｽ	○○△△@○○○.ne.jp
療養を受けた者の氏名	健保　花子		療養を受けた者の生年月日	（昭和）／平成　●●年●●月●●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。

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　平令和　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
	左上肢	円 ×	回 ＝	円	
変形徒手矯正術					
温罨法					
温罨法・電気光線器					
往療料　4kmまで					
往療料　4km超					
施術報告書交付料	（前回支給：				
合計					

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。

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　名称　電話

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状

☑①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。　←該当するものにチェック☑して下さい。

□②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。

日付		令和　●　年　●　月　●　日
被保険者（申請者）	氏名	健保　太郎
代理人（実際に給付を受領する者）	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報

金融機関コード		
金融機関名称		本店 支店
預金種別	普通 当座	

任意継続被保険者・退職者以外は、
委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、
振込先情報欄にご記入ください。

■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

備考	
	個人番号　（被保険者証の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

受付日付印