

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分)【あんま・マッサージ用】

被保険者欄	被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店			
		●●	××××		電話(内線) 03-1234-5678(999)			
	被保険者氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ	被保険者生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日		
			健保 太郎		平成			
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室						
		電話	090(7891)2345		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	ケンボ ハナコ	療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和	●●年 ●●月 ●●日		
		健保 花子						
発病又は 負傷年月日	●●年 ●●月 ●●日		発病又は負傷の原因 及びその経過	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		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															
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日																日		新規・継続															
	傷病名及び症状		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。																												転		帰			
																															転医					
	施術料	通																																		
		訪																																		
		訪																																		
		訪																																		
		訪																																		
	温 罨 法 ()																																			
	温罨法・電気																																			
	変形徒手矯正 ※温罨法との併用																																			
特別地域																																				
往 療 料			円 × 回 = 円																																	
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円 × 回 = 円																																	
費 用 額 計			円																																	
施術日	訪問1①		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			
通所○	訪問2②																																			
往療◎	訪問3③																																			
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																				
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。																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																〒 - 住 所																			
	免許登録番号																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									
																			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	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。			令和 年 月 日		
	被保険者(申請書)		氏名			
	代理人(実際に給付を受領する者)		氏名			

振込先情報	金融機関コード	1234				支店コード	123			
	金融機関名称	●● 銀行/信用金庫				●● 本店/支店				
	預金種別	普通	当座	その他()	口座番号	1234567		口座名義(カタカナ)	ケンボ タロウ	

■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			