

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	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス	
	療養を受けた者の氏名			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			業務上・外、第三者行為の有無	業務上・第三者行為である・その他

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		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)

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	
温罨法		円 ×	回 =	円	
温罨法・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	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	
通院○ 往療◎																																	

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。	
	令和 年 月 日	住所
	あんま・マッサージ・指圧師	電話 氏名

備考	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		

【添付書類】

- 医師の同意書
- 領収書(原本)

受付日付印

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