

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 1	番号 234	事業所名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-▲▲▲▲-▲▲▲▲ (△△△)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	<u>昭和</u> 60年 4月 20日 平成	
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 090 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.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	<u>昭和</u> 60年 5月 21日 平成 令和
	発症または負傷の原因	脳出血による後遺症		業務上・外、第三者行為の有無	業務上・第三者行為である・ <u>その他</u>

振込先情報	金融機関名称	〇〇〇 <u>銀行</u> 〇〇〇	本店	支店番号	123
	預金種別	<u>普通</u> 当座 その他( )	口座番号	0123456	口座名義(カタカナ) ケンボ タロウ

傷病名または症状	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
マッサージ	軀幹	円 ×	回 =	円	摘要
	右上肢	円 ×	回 =	円	
	左上肢	円 ×	回 =	円	
変形徒手矯					
温罨法					
温罨法・電気					
往療料 4kr					
往療料 4kr					
施術報告書交付料(前回支払済)					
合計					
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◎					

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	⑧		

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
			平成 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