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】

※消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報・申請内容

被保険者等の記号番号	記号 1 / 番号 234	事業所名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線) 03-▲▲▲▲-▲▲▲▲ (△△△)
氏名	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	昭和 平成 ６０ 年 ４ 月 ２０ 日
住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室 電話 090 (○○○○)○○○○　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 令和 ６０ 年 ５ 月 ２１ 日
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 ・ その他

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

振込先情報

金融機関名称	○○○ 銀行 信用金庫	○○○ 本店 支店	支店番号	１２３	
預金種別	普通 当座 / その他(　)	口座番号	０１２３４５６	口座名義(カタカナ)	ケンポ　タロウ

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 右上肢　円 × 回 ＝ 円 左上肢　円 × 回 ＝ 円		摘　要
変形徒手矯			
温罨法			
温罨法・電気光			
往療料 4km			
往療料 4km			
施術報告書交付料(前回支			
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。

令和　年　月　日

あんま・マッサージ・指圧師　住所　電話　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		

【添付書類】
1. 医師の同意書
2. 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 ☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

東和薬品健康保険組合

(2026.5.11)