

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】  
被扶養者

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日
	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				
	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。

施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日		施術期間	自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	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	軀幹	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																												
	温電法	円 ×	回 =	円																												
	温電法・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 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	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																									
備考	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																								
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																							

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名
	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	支店コード
	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店
	預金種別	普通 口座番号 その他 ( ) 口座名義(カタカナ)

■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)	受付日付印
※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		

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)	
	氏名	フリガナ ケンボ 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	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		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ はい	

施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日		施術期間	自 令和 年 月 日 至 平令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	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	円 × 回 = 円		円 × 回 = 円				摘要																								
	変形徒手矯正術																															
	温電法																															
	温電法・電気光線器																															
	往療料 4km未満																															
	往療料 4km超																															
	施術報告書交付料 (前回支給時)																															
	合計																															
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	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																									
備考	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		電話番号			氏名																						
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																						

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 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。		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		

※任意継続・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			本店 支店
	金融機関名称			
	預金種別	普 当		

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

- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
- 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)		受付日付印
	※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		