

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

あんま・マッサージ専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒			—			
	事業所名称	提出委任			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—				
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座				

申請内容	施術された方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ								
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄()				
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日				
	発病又は負傷の原因及び状況	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他()									
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他()									
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他()									
		状況	具体的に詳しく									
	施術を受けた施術所	名称			施術者氏名							
		所在地			施術に要した費用	円						
	施術期間(支給期間)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	(日数
同意記録	氏名	医療機関名		同意年月日	傷病名	要加療期間						
		医療機関住所										
	同意医師											
再同意医師												

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

あん摩 マッサー ジ指圧 師記入 欄	患者氏名																
	傷病名 又は症状																
	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止							
	施術期間	平成 令和 平成 令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	実日数	日	摘要				
	施術 内容	マッサージ				円×			局所×			回×				円	
		変形徒手矯正術				円×			肢×			回×				円	
		温巻法				円×							回×				円
		温巻法・電気光線器具				円×							回×				円
		往療料 4 km まで				円×							回×				円
		往療料 4 km 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															
【往療が行われた場合】往療を必要とした理由を必ずご記入ください。また、「往療状況確認表」を添付してください。																	
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																	
あん摩マッサージ指圧師																	
住所																	
氏名 電話番号 ()																	
保健所登録区分 (<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地) 免許登録番号 ()																	

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、正しい内容とあん摩マッサージ指圧師の署名(サイン)をご記入ください。