

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額							円
資格	取得	年	月	日			
	喪失	年	月	日			

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者記入欄	① 被保険者証の 記号・番号				② 事業所の 名称				
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)			④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
	⑤ 被保険者の (申請者)住所	〒			<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				
	電話	電話 ()							
	⑥ 被扶養者 ※療養が被扶養者に 関する場合のみ記入	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		被保険者 との続柄
	⑦ 傷病名				⑧ 発病又は、負傷の原因				
	⑨ 傷病の経過								
	⑩ 発病又は負傷 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			⑪ 業務上・外、第三者行為の有無				
					<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為である <input type="checkbox"/> その他				
	施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日			施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		実日数
傷病名又は症状							日	新規・継続	
マ ッ サ ー ジ		軀幹			円×	回=	円	転帰 継続・治療・中止・転医 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・電気光線機器					円×	回=	円		
往療料 2 K m まで						円			
加 算 (k m)						円			
上記費用合計額						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							
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。								
	令和 年 月 日	住所			あんまマッサージ指圧師 氏名				電話番号
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所			同意年月日		傷病名	要加療期間	
					令和 年 月 日				

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	_____
	代理人 事業所名 氏名	_____

受付印

【添付書類】領収書(原本)、初療(初診時)医師の同意書、変形徒手矯正術を受ける場合は毎月同意書