

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XX年 X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	XXXX・XXXX	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX年 XX月 XX日 <input type="checkbox"/> 平成
	被保険者の (申請者) 住所	〒XXXX-XXXX 〇〇都府県 〇〇市〇〇×丁目××番地		
	電話	電話 (XXX) XXX XXX		
	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 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	ご自身でご記入ください		
	⑩ 発病又は負傷 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	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	

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日	新規・継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治療・中止・転医
マ ッ サ ー ジ	躯幹	円× 回=	摘 要
	右上肢	円× 回=	
	左上肢	円× 回=	
	右下肢	円× 回=	
	左下肢	円× 回=	
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 Km 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。		受 付 印	
	被保険者 (申請者) 住所	令和 XX年 3月 10日 〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番地 健保太郎		被保険者が記入
	代理人 事業所名	〇〇〇〇株式会社 〇 〇 〇 〇		

【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