

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

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・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 印 ← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県				
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				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✓)			

【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・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請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
		代理人(口座名義人)	住所	<input type="checkbox"/> 印 被保険者との関係()			
		氏名・印	氏名・印				

申請内容	施術された方	<input 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・平・令	年	月	日 続柄()	
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令	年	月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因						
		経過						
	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			
	施術期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)						
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			
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・令 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・令 年 月 日 から 平・令 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。															
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															
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> (印) 電話番号 () </div>															
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 ()															