

※ 支 給 額									円
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

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)
家族

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号	番号	② 生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	③ 氏名	(フリガナ)							
	④ 住所	〒	—	都・道 府・県					
	⑥ 事業所名称				⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()			
					⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士			

◎【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。

申 請 内 容	⑧ 施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)									
	⑨ 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()			
	⑩ 傷病名				⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日		
	⑫ 発病又は負傷の 原因及びその経過	原因				⑬ 第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ				
		経過				⑭ はいの場合	氏名				
	⑮ 施術を受けた施術所	名称				⑯ 施術者氏名					
		所在地				⑰ 施術に要した費用	円				
	⑱ 施術期間(支給期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで (日数 日)
	⑲ 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											

◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)							
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他()			預金種別	普通・当座・その他()		
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()			口座番号 (右づめで記入)			
	口座名義	カタカナで記入				口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人		

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委 任 状	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。							
	受領代理人	氏名							

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。)

--

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	□ 新規 □ 継続		転帰	□ 治癒 □ 中止					
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要	
マ ッ サ ー ジ	軀 幹		円×		回=		円							
	右上肢		円×		回=		円							
	左上肢		円×		回=		円							
右下肢		円×		回=		円								
左下肢		円×		回=		円								
温 罨 法 (加 算)		円×		回=		円								
温罨法・電気光線器具 (加 算)		円×		回=		円								
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢		円×		回=		円						
		左上肢		円×		回=		円						
		右下肢		円×		回=		円						
		左下肢		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。														
											令和	年	月	日
あん摩マッサージ指圧師														
住 所														
氏 名														
											電話番号	()	