

健康保険被保険者(被扶養者)療養費支給申請書[あんま・マッサージ]

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号	番号	コーポレートID	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者氏名	フリガナ (自 署)							
	被保険者住所	〒 電話 ()							
	事業所名								
	部署名	電話 ()							
	受診者	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	傷病名				発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の原因および経過								
	交通事故等第三者が原因	いいえ ・ はい			第三者が原因の場合はその状況				
	施術者が記入するところ	初療年月日	令和 年 月 日					自・令和 年 月 日 ~ 至・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	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					
温電法		円 ×	回 =	円					
温電法・電気光線器具		円 ×	回 =	円					
往療料 4Kmまで		円 ×	回 =	円					
加算 (Km)		円 ×	回 =	円					
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円					
費用額計					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							
施術証明書	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 あんま・マッサージ・指圧師 免許登録番号 住所 氏名 電話								
	備考								
同意記録	同意医師の氏名	住所			同意年月日	傷病名	要加療期間		
					令和 年 月 日				

振込先情報
※振込先口座については以下の通りです。
①在籍者は会社の給与振込口座へ
②任意継続者は給付金振込先口座へ
③退職者は支給時に確認

健保記入欄
支給額
円

令和 年 月 日提出
受付日付印