

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

被保険者（申請者）・申請内容	健康保険の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名（自署）	フリガナ						
	申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒			電話	（ ）		
	療養を受けた者の 氏名				療養を受けた者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	発症・負傷の原因 およびその経過				交通事故等 第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		

施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																							
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		日	新規 ・ 継続																							
	傷病名または症状					転帰																							
						継続・治癒・中止・転医																							
	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																						
往療料 4km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 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。		保健所登録区分		1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地																						
	令和 年 月 日																												
備考	登録記号番号（申し出た施術者登録番号）		施術所		所在地		電話																						
	_____		_____		_____		_____																						
		_____		_____		_____																							
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																								

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は ☒ 、希望しない場合は下記に記入）						
	金融機関名称	銀 行 信用金庫			本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		口座名義 (カタカナ)	

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 医師の同意書（初回と6ヵ月に一度は必ず必要） 2. 領収書（原本） 3. 施術報告書の写し ※施術報告書交付料が含まれる場合。	

受付日付印