

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 1	番号 123456	生年月日	昭平令 55年11月22日
	氏名（自署）	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			
	申請者住所電話番号等（日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090 (1234) 〇〇〇〇			
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		療養を受けた者の生年月日	昭和 55年11月22日 平成 令和
	発症・負傷の原因およびその経過	脳出血による後遺症		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	令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	傷病名または症状								転帰	継続・治癒・中止・転医
	マッ	軀幹	円 ×	回 =	円	この欄は、あんま・マッサージ施術者に記入を依頼してください				
		右上肢	円 ×	回 =	円					
	変形徒									摘要
	温									
	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。		令和 年 月 日	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			
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 名称 電話 _____ 施術管理者 氏名									
同意記録	同意医師の氏名	住所		同意年月日	令和 年 月 日	傷病名	要加療期間			

※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	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座（※マイナポータルを利用する場合は、マイナポータルに下記に記入）			
	金融機関名称	本店 支店		支店番号
	預金種別	普通・当	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