

被保険者  
家 族

# 療養費支給申請書

( 〇〇 年 〇月分 )  
( あんま・マッサージ用 )

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(ア) 記号	〇〇	(イ) 番号	〇〇〇〇	② 生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)
	③ 被保険者の 氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ		④ 被保険者の 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	⑤ 事業所の名称 (会社名)	株式会社〇〇〇〇				⑥ 所属部署	総務部	
	⑦ 申請が被扶養者 に関するときはその者の	(ア) 氏名	健保 明		(イ) 生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)	
	⑧ 傷病名	神経麻痺				⑨ 発病又は 負傷の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合は : 時頃)	
	⑩ 発病又は負傷の原因及び その経過	筋梗塞の後遺症が残っている						
	⑪ 業務上の負傷 ですか	はい ・ いいえ				⑫ 第三者の行為 によるもので すか	はい ・ いいえ	
	⑬ 振込先	〇〇 銀行				⑬ 預金種別	フリガナ ケンポ タロウ 口座名義 健保 太郎	
		〇〇支 店				1. 普通 2. 当座	口座 番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

※被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
	住所 〒		受付日付印
	被保険者の 氏名		
代理人の 氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人と の関係	
代理人の 住所	〒 電話番号 ( )		

給付金の受領を委任する場合は、被  
保険者・代理人それぞれが記入して  
下さい。  
同一筆跡は不可といたします。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

あんま師・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分		
	年 月 日	自：〇〇年 〇月 〇日～至： 〇〇年 〇月 〇日	〇〇日	新規・継続		
	傷病名または症状	神経麻痺	転帰			
			継続・治癒・中止			
	マッサージ	躯幹	〇〇円×	〇回＝	〇〇〇円	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×	肢× 回＝	円	
温罨法		円×	回＝	円		
温罨法・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)			円			
合計			〇〇〇 円			
施術日 通院○ 往療◎	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					
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。					
	〇〇年 〇月 〇日					
	あん摩マッサージ指圧師 住所 〇〇県〇〇市〇〇町2-2 氏名 〇〇 〇〇					

- ・ 暦日ごとにこの申請書を記入してください。
- ・ 施術の領収書は原本を添付してください。
- ・ 初めて施術を受け申請する場合、また前回の同意より6ヶ月を超えて引き続き施術を受け請求する場合、保険医の診察を受けた上で交付された同意書(文書)を添付してください。