

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(年 月 分)

リクルート健康保険組合 殿

(あんま・マッサージ用)

注意事項

●●●●●
申請書の⑪⑫が「はい」の場合は、リクルート健保へ連絡してください。(電話01205011042(音声ガイダンスで2を選択))

被保険者(本人)が記入するところ	①被保険者証の記号番号		②事業所の名称				
	③被保険者の氏名と印	フリガナ	④生年月日	昭和	年 月 日 (歳)		
				平成			
	⑤被保険者の住所	〒 日中連絡がとれる電話番号 ()					
	⑥申請が被扶養者に関する時はその者の	氏名	⑦生年月日	昭和	年 月 日 (歳)		
		被保険者との続柄 ()					
⑬振込先	⑧ 傷病名	⑩発病又は負傷原因及びその経過					
	⑨発病又は負傷の年月日						
	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
	銀行名		支店名		支店コード		
	銀行		支店				
預金種別		口座番号		口座名義(カタカナで記入)			
1、普通							
2、当座							
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		
	平成 年 月 日	自:平成 年 月 日 ~ 至:平成 年 月 日		日	新規・継続		
	傷病名または症状					転帰	
						継続・治癒・中止	
	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		
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	
	温電法	円×		円			
温電法・電気光線器具	円×		円				
往療料 2kmまで	円×		円				
加算 (km)	円×		円				
合計			円				
施術日	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						
通院○							
往療◎							
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。 平成 年 月 日 あんま師、マッサージ 住所 師 氏名 ⑩ 電話番号						
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		
				平成 年 月 日			

※本書に記入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。

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。

平成 年 月 日

申請者 (被保険者) 住所 氏名 ⑩

代理人 住所 氏名 ⑩

受付日付印

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。