

健康保険 被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (年 月 分)
(あんま・マッサージ用)

リクルート健康保険組合 殿

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0120501042（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 平成	年 月 日（ 歳）	
	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 被保険者との続柄（ ）	⑦生年月日	昭和 平成	年 月 日（ 歳）	
	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	
	⑬振込先	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	施術内容欄	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	躯幹	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×	肢×	回＝	円	
	温電法	円×		円			
	温電法・電気光線器具	円×		円			
	往療料 4kmまで	円×		円			
	往療料 4km超	円×		円			
	合 計			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。 令和 年 月 日 あん摩マッサージ指 住 所 圧師 氏 名 ⑩ 電話番号						
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意記録			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。	
令和 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。
被保険者(委任者)と代理人それぞれの署名と捺印が必要です。(同一筆跡・同一印影不可)