

該当する方を○で
囲んでください。

はり・きゅう用と、
あんま・マッサージ用
があります。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (H29年1月分)
被扶養者
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

●●●●●
申初 暦月
請初 月ご
書術 のと
のに、こ
の申
請書
を記
入す
ると
ころ

①被保険者証の記号番号	25	111	②事業所の名称	株式会社リクルート		
③被保険者の氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		④生年月日	昭和 平成	59年 5月 3日 (32歳)	
⑤被保険者の住所	〒530-8240 東京都千代田区丸の内1-9-2 日中連絡がとれる電話番号 090 (1234) 5678					
⑥申請が被扶養者に関する時はその者の氏名	健保 明 被保険者との続柄 (父)		⑦生年月日	昭和 平成	22年 3月	
⑧傷病名	神経麻痺		⑩発病又は負傷原因及びその経過	心筋梗塞の後、神経の麻痺が残っている。		
⑨発病又は負傷の年月日	平成 28年 10月 6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			
	ABC 銀行	アイウ 支店	000			
	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	00000000	ケンボ タロウ			

「はい」の場合は、第
三者行為担当へ連絡
してください。
TEL03-6705-0452

療養費の振込先を
記入してください。

注意を受け、「医師の同意書」を添付して下さい。
（電話03・6705・0454）

初療年月日	平成 29年 1月 10日		施 術 期 間	平成 29年 1月 4日 ~ 至:平成 29年 1月 26日	実日数	4日	請求区分	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	頸 幹	275 円 ×	4 回 =	1100 円	摘 要			
	右上肢	275 円 ×	4 回 =	1100 円				
	左上肢	275 円 ×	4 回 =	1100 円				
	右下肢	275 円 ×	4 回 =	1100 円				
	左下肢	275 円 ×	4 回 =	1100 円				
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =				
	温電法	円 ×	円					
	温電法・電気光線器具	円 ×	円					
	往療料 2kmまで	円 ×	1800 円					
	加算 (2 km)	円 ×	800 円					
	合 計			8100 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 機 構	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 29年 1月 31日 あんま師、マッサージ 師 住所 東京都中央区銀座1-1-1 氏 名 銀座マッサージ院 山田太郎 電話番号 03-0000-0000							
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			
	福山二郎	東京都中央区銀座2-2-1	平成28年 12月 28日	神経麻痺	約1年			

※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。

施術を受けた所で記
入してもらってください。

受付日付

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称 (所属する会社名)
-------------	--------------	-----------------

記号・番号欄に 12 桁の記号番号を記入してください (記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。