

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**  
●●●●●  
申請書に、この申請書に記入していただく  
初めに、この申請書に記入していただく  
暦月ごとに、この申請書に記入していただく  
施術の領収書は原本を添付してください。  
⑪が「はい」の場合は、必ず「はい」の  
⑫が「はい」の場合は、必ず「はい」

①被保険者証の記号番号	2 5 1 1 1	②事業所の名称	株式会社リクルート〇〇
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 59年 5月 3日 (32歳) 平成
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	⑦生年月日	昭和 22年 3月 平成
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 )	⑩発病又は負傷原因及びその経過	心筋梗塞の後残っている。
⑧傷病名	神経麻痺	⑪業務上の負傷ですか	はい (いいえ)
⑨発病又は負傷の年月日	平成 28年 10月 6日	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 ABC 銀行 支店名 アイウ 支店 支店コード 000 預金種別 1、普通 口座番号 0000000000 口座名義(カタカナで記入) 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。  
TEL 0120-501-042  
(音声ガイドで「2」を選択)

療養費の振込先を記入してください。

あんま師・マッサージ師が記入するところ  
思を受け、「医師の同意書」を添付して下さい。  
連絡して下さい。(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	285円×	4回	=	1140円	摘要		
	右上肢	285円×	4回	=	1140円			
	左上肢	285円×	4回	=	1140円			
	右下肢	285円×	4回	=	1140円			
	左下肢	285円×	4回	=	1140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 ( 2 km)	円×						円	
合計							5700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 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。

受付日付印

施術を受けた所で記入してもらってください。

●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。