

令和 年 月分

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	傷病名	被扶養者 (家族)の 氏名	被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	発病または 負傷の原因	発病または負傷の年月日			令和 年 月 日	
	経過	他人の行為によるものですか			1. はい 2. いいえ	

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)			
	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1文字としてご記入ください。)		

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合のみを入れてください)

注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。  
※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。

委 任 状	本請求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
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人 (口座名義人) 住所 〒	印	被保険者との関係

受付日付

※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。

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (あんま師・マッサージ師記入用) 2 / 2

患者氏名																																
初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	新規	・	継続	転帰	継続	・	治癒	・	中止																		
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日																				
傷病名または症状																摘 要																
マ ッ サ ー ジ		躯幹	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 (加算) ※温罨法との併施は不可		右上肢	円×		回=	円																										
		左上肢	円×		回=	円																										
		右下肢	円×		回=	円																										
		左下肢	円×		回=	円																										
温罨法 (加算)			円×		回=	円																										
温罨法・電気光線器具 (加算)			円×		回=	円																										
往療料	4 kmまで			円×		回=	円																									
	4 km超			円×		回=	円																									
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円×		回=	円																										
合 計						円																										
施術日 通院○往療◎	月	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	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。		令和 年 月 日		保健所登録区分	1. 施術所所在地		2. 出張専門施術者住所地																								
	免許登録番号	住所										氏名																				
	あん摩マッサージ指圧師										TEL ( )																					
同意記録	同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日		傷病名		要加療期間																							
					令和 年 月 日																											

※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。