

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

(月分・第 回)

【添付書類】
*「領収書類」(原本)と「医師の同意書」(原本)を添付

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生	
	所属 課・係・店等	メールBOX		自宅住所	〒 -	
	会社 TEL	外線	内線	自宅 TEL		
	療養を受けた 者の氏名	(フリガナ)		療養を受けた 者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名			負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時 平成 年 月 日 午前 時 分 令和 午後	場所 ①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他()
	傷病の経過				状況	
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設問で 「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)	<input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない		

*被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
*被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

施 術 内 容 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施術 期間	自 至 年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日	請求 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止
	マッサージ	円×	局所×	回=	円	摘要				
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円					
	温電法	円×		回=	円					
	温電法・ 電気光線器具	円×		回=	円					
	往療料 4kmまで	円×		回=	円					
	往療料 4km超	円×		回=	円					
施術報告書交付料 (前回 年 月)	円×		回=	円						
合計					円					
施術日	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								
施術証明欄	上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日 住所 あん摩マッサージ指圧師 氏名 免許登録番号 (印) 電話 ()									

同意 記録	同意医師の住所・氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間
	住所 氏名	令和 年 月 日		

委任 欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名	⑩ に委任します。 ⑩
---------	---	----------------

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振込 依頼	金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名 義 人 名
	コード No.	コード No.	普通・当座		(フリガナ)

備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)
----	---

事業所担当者印	健保受付印
---------	-------

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。