

健保記入欄	常務理事	事務長	係	係	資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日

ご確認ください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和〇〇年 〇月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号	〇 〇 〇 〇 - △ △ △ △ △	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健 保 太 郎	
	被保険者 住 所	〒〇〇〇-△△△△ 連絡先 (自宅又は携帯) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都 △△区 △△ 〇 - 〇 - 〇			
	(被扶養者の場合) 療養を受けた者 の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健 保 花 子	続柄	傷 病 名 : 脳出血による筋肉麻痺	
	昭和 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 生		母	発症または負傷年月日 : 平成 〇〇年 〇月 〇日 令和	
	発症または負傷の原因およびその経過 : 脳出血による後遺症				
	該当の傷病は業務によるものですか : いいえ ・ はい		該当の傷病は他人の行為によるものですか : いいえ ・ はい		
振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)
	〇〇〇	〇〇	普通	△△△△△△△	ケンボ タロウ
*被扶養者の方が療養を受けた場合でも、被保険者の方の口座をご記入ください					

施術者記入欄	施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数
		令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	日	
		マ ッ サ ー ジ	傷病名または症状	請求区分	新規・継続
			転帰	継続・治癒・中止	
	概要				
	変形	軀 幹	円 ×	回 =	円
	温	右上肢	円 ×	回 =	円
	温巻	左上肢	円 ×	回 =	円
	往療 加算 費用	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>あんま・マッサージ・指圧師に 記入を依頼してください</p> </div>			
	施術日				
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 住 所 あんま・マッサージ・指圧師 氏 名 電話番号				
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日		
			令和 年 月 日		
	傷 病 名	要加療期間			