

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-△△△△ 東京都 △△区 △△ 〇 - 〇 - 〇 連絡先 (自宅又は携帯) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	(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	母	
	発症または負傷年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 生	傷病名	脳出血による筋肉麻痺	
	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	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	実日数	日	
	傷病名または症状	マ ッ サ ー ジ	請求区分	新規 ・ 継続			
			転 帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止			
			摘 要				
	施術内容欄	変 形	軀 幹	円 ×	回 =	円	
			右上肢	円 ×	回 =	円	
			左上肢	円 ×	回 =	円	
		温					
	温巻						
	往療加算費用						
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。						
同意記録	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						

あんま・マッサージ・指圧師に
記入を依頼してください