

健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●●●●●●●●● 電話 XXX(XXXX)XXXX
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年10月12日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号			
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		療養を受けた者の生年月日	平成3年10月12日
	発症または負傷の原因	▲▲▲による後遺症			
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	平・令	この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください				継続
	傷					昇
						中止・転医
						要
	変					
	温電					
	往					
	往					
	施術報告書					
施術日 通院○ 往療◎						
施術証明書	上記 令和 登録記			15 0 31	主所地	
備考						
同意記録	同				要加療期間	

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

- 添付書類
- 1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
 - 2. 治療内容の書いてある領収書原本

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

受付日付印