支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会　計	担当者
支　払　額			円				
資格 取得	年	月	日				
資格 喪失	年	月	日				

健康保険　被保険者･家族　療養費支給申請書（令和XX年　X月分）（あんま･マッサージ用）

被保険者記入欄

① 被保険者等記号・番号	××××・×××		② 事業所の名称	○○○○㈱
③ 被保険者（申請者）の氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健　保　太　郎		④ 被保険者の生年月日	☑ 昭和 □ 平成　XX年XX月XX日
⑤ 被保険者（申請者）住所	〒×××--××××	都道府県 ○○	○○市○○×丁目××番地	
電話	電話（XXX）XXX　XXX			
⑥ 被扶養者 ※療養が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は、負傷の原因		
⑨ 傷病の経過	ご自身でご記入ください			
⑩ 発病又は負傷年月日	□ 平成 □ 令和　年　月　日	⑪ 業務上・外、第三者行為の有無	□ 業務上　□ 第三者行為である　□ その他	

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日	新規 ・ 継続
傷病名又は症状			転帰 継続・治療・中止・転医

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		円×	回＝	円
温罨法		円×	回＝	円
温罨法・電気光線機器	施術者記入欄		回＝	円
往療料 2Kmまで				円
加算（　km）				円
上記費用合計額				円

摘　要

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

施術証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。

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	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		

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　XX年　3　月10日

被保険者（申請者）　住所　○○県○○市○○×丁目××番地

氏名　健　保　太　郎

被保険者が記入

代　理　人　事業所名　○○○○株式会社

氏名　○　○　○　○

事業所が記入

受付印

【添付書類】領収書(原本)、初療（初診時）医師の同意書、変形徒手矯正術を受ける場合は毎月同意書