

療養費支給申請書 ( 2021 年 5 月分)

あんま・マッサージ用

被保険者記入欄	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者(申請者)氏名	健保 太郎									
	社員番号	〇〇〇		所属会社名及び部署名	ウエスタンデジタルテクノロジーズ合同会社 △△△部 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線〇〇〇)									
	療養を受けた者の氏名	ケンポ タロウ		続柄	本人	生年月日	1	9	8	1	0	7	3	1
	発病又は負傷年月日	2021 年 3 月 15 日		傷病名	脳出血による筋肉麻痺									
	発症又は負傷の原因及びその経過	脳出血による後遺症			業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他									
支払金融機関	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください													
	金融機関名	三井住友 銀行 飯田橋 本店 支店 出張所		預金の種類	1. 普通 2. 当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇						
施術内容欄	初療年月日	年月日			施術期間	自・年月日～至・年月日			実日数	日				
	傷病名又は症状	マッサージ								請求区分	新規・継続			
	マッサージ	あんま・マッサージ師・指圧師 記入欄								転帰	転帰			
	変形徒手矯正術									継続・治癒・中止・転医				
	温電法									摘要				
	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 (前回支給：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、その費用を領収しました。			保健所登録区分	1. 施術所所在地		2. 出張専門施術所在地							
	年 月 日			住所										
備考	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		氏名	電話									
同意記録	同意医師の氏名	住所			同意年月日	傷病名			要加療期間					
	年 月 日													

備考欄 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)  
 ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。  
 ①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点  
 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点

受付日付印