

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	被保険者等 記号番号	記号 ○○○○	番号 ○○○○	被保険者 (申請者) 氏名	健保 太郎																											
	社員番号	○○○		所属会社名 及び部署名	○○○○○○○○ △△△部 電話 ○○○ (○○) ○○○○ (内線○○○)																											
	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				業務上・外、第三者行為の有無																											
脳出血による後遺症				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				預金の種類		口座番号		○○○○○○○○																							
	三井住友 銀行 飯田橋 本店 支店 出張所				1. 普通 2. 当座		口座名義 (カナ) (被保険者名義)		ケンポ タロウ																							
施術内容欄	初療年月日	施 術 期 間				実日数	請 求 区 分																									
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				日	新 規 ・ 継 続																									
	傷病名又は症状											転 帰																				
	マッサージ	あんま・マッサージ師・指圧師 記入欄										継続・治癒・中止・転医																				
	変形徒手矯正術											摘 要																				
	温罨法																															
	温罨法・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 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				あんまマッサージ指圧師 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 (被保険者等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