健康保険 被保険者 [✓ 被扶養者] 療養費支給申請書（ ●年 ●月分）【あんま・マッサージ用】

被保険者欄

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話（内線）　03-1234-5678(999)
被保険者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		被保険者生年月日	[✓ 昭和] 平成　●●年　●●月　●●日
住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　090(7891)2345		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp
療養を受けた者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　ハナコ 健保　花子		療養を受けた者の生年月日	[✓ 昭和] 平成 令和　●●年　●●月　●●日
発症又は負傷年月日	●● 年　●●月　●● 日		発症又は負傷の原因及びその経過	脳出血による後遺症
交通事故等第三者が原因ですか	[✓ いいえ] ・ はい ※「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 ※「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

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。

施術証明欄

同意記録

委任状

※在職者は、①提出の委任に ✓をしてください。委任しない場合は、理由をご記入ください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。（委任しない場合　理由：　　　　）理由の記載がない場合は、委任したものとします。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者（申請書）	氏名	
代理人（実際に給付を受領する者）	氏名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●　銀行/信用金庫		●●　本店/支店		
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義(ｶﾀｶﾅ)	ケンポ　タロウ

受付日付印

■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

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合