

記入例

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用)

【申請日】 令和 6年 4月 10日

被保険者が記入するところ	法人名	〇〇〇株式会社			事業所名	〇〇支社			
	被保険者証の記号番号	記号	10		番号	1234567			
	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)	ケンボ タロウ			生年月日			
		健保太郎				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年 10月 1日			
	住所	郵便番号	481 - 0038			電話番号(日中のご連絡先)			
		愛知県名古屋市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				(052) ××× - ××××			
	被扶養者の氏名 (家族が受診した場合)	(フリガナ)	ケンボ ハナコ		続柄	生年月日			
		健保花子			妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 8年 5月 10日 <input type="checkbox"/> 令和			
傷病名	筋麻痺			発症又は負傷の原因及びその経過					
発症又は負傷の年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 業務によるもの <input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他					
振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名		種別	口座番号				
	〇〇〇〇	〇〇〇		<input type="checkbox"/> 当座 <input checked="" type="checkbox"/> 普通	△△△△△△△				
	口座名義(カナ)								
ケンホ ° タロウ									

この欄は被保険者自身では記入せず、あんま・マッサージ師に記入してもらってください。

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	□平成 □令和	年 月 日	施術期間	□平成 □令和	年 月 日 ~	□平成 □令和	年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続																				
	傷病名又は症状										転帰	継続・治癒・中止																				
	マッサー	マッサー	躯幹	円×	回=	円						摘要																				
			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×	肢×	回=	円																											
	温電法	円×		回=	円																											
	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 月分)	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 2. 主張専門施術者所在地																										
	令和 年 月 日	住所			あん摩・マッサージ指圧師 氏名																											
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																			
					令和 年 月 日																											

常務理事	事務長			

受付日付印