

記入例 「被保険者欄」は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

*但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者 療養費支給申請書 【あんま・マッサージ用】 (R ○ 年 ○ 月分)

被 保 險 者 欄	被保険者証の記号・番号 ○○○-△△△	療養を 受けた者の 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	フリガナ 男 女 父	続柄 父	生年月日 S・H・R ○年○月○日	
	発症または負傷年月日 H・R ○年○月○日	傷病名 脳出血による筋肉麻痺	業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他			
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯(できるだけ詳しく) (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージ治療を勧められて開始。まだ右半身が思うように動かず、受療中。					
	初療年月日 H・R 年 月 日					
施 術 内 容 ・ 証 明 欄	施術期間 自R 年 月 日 ~至R 年 月 日	実日数 日	請求区分 新規・継続			
	傷病名または症状 マッサージ	円×	転 帰 要 要 要 要			
	温電法(加算)	円×	回= 円			
	温電法(加算)	円×	回= 円			
	変形(加算) ※温電法	<p>※業務上の場合は申請不可</p> <p>※第三者行為の場合は健保に別途「第三者行為申請書」提出が必要</p>				
	往療料 4km超	円×	回=	円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円				
	合計	円				
	施術日 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	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。				
	令和 年 月 日	施術所名 所在地 〒 -		氏名 印 TEL		
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		住所 〒○○○ - ○○○○ △△△...			
被 保 險 者 欄	上記(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				健保	
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿	被保険者氏名 健保 二郎		TEL ***-***-****			
【在職者のみ記入】 上記金額の受領を ○○株式会社	に委任します(会社名を記入)				在職者の場合は委任先会社名のみ、退職後の申請は振込先欄のみご記入ください (該当する方を記入)	
【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】						
金融機関名	銀行・信用金庫	支店 /	1.普通 2.当座(いずれかに○)			
口座番号	口座名義人 (カタカナで記入)					

* ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。