

# 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 険 者 欄	被保険者証の記号・番号 ●●●-△△△	療養を受けた者の氏名 フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	性別 男 女	続柄 妻	生年月日 S・H・R ○年○月○日生																									
	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 3.その他(私傷病)																											
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) 施術した場所(入居施設や住所地特例等、健保届出と異なる場合に記載) (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 脳出血で右半身に麻痺が残り、主治医からマッサージ施術を勧められ開始。																														
施 術 内 容 ・ 証 明 欄	初療年月日 R 年 月 日	施術期間 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(施術料)	同意部位 施術回数	躯幹 回	右上肢 回	請求区分 転帰 治癒・中止・転医 摘要																									
<p>※業務上の場合は申請不可 ※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>																														
<p>あん摩師・マッサージ師に記入を依頼してください (施術報告書交付料の申請がある場合は「施術報告書」を添付)</p>																														
往療料		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	月	通所○	往療○	訪問1①	訪問2②	訪問3③																								
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
往療または訪問の理由(1.独歩による交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3その他) 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 〒 -																														
免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 TEL																														
被 保 険 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。 住所 〒○○○-○○○ △△△・●●●																													
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日																													
	被保険者氏名 健保 二郎 (申請者 自署)																													
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿																													
大 同 健 保	【在職者のみ記入】 上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)																													
	【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)																												
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)																														

\* 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。