

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 ( 年 月分)

太枠線内は、すべて記入してください。

(あんま・マッサージ・指圧用)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名							
	施術を受けた者 の氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄		
	傷病名(医師の同意を受けた)						発症又は負傷の年月日 平成・令和 年 月 日				
	発症又は負傷の 原因及びその経過						第三者行為によるものですか いいえ ・ はい				
	施術を受けた 施術所の	名称				施術者氏名					
		所在地									
	施術の期間 (支給期間)	令和 年 月 日から	日数	日	施術に要した費用の額	※領収書(原本)を提出					
		令和 年 月 日まで	日		円						
	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							
入 欄	上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 印 被保険者 住所 氏名 氏名 印 明治グループ健康保険組合理事長 殿										

施 術 内 容 欄	初療年月日	平成・令和 年 月 日		施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名又は症状								円	転 帰
	マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円	継続・治癒				
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	中止・転医				
	温 罨 法	円 ×		回 =	円	摘 要				
	温罨法・電気光線器具	円 ×		回 =	円					
	往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円					
		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○	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							
往療◎										
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。 令和 年 月 日 所在地 免許登録番号 あん摩マッサージ 指圧師 施術所名 施術管理者名 電話 印									

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。  
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

／ 健保受付印 \

備考欄

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者