

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏名		Ⓜ	生年月日	昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	〒	—	電話番号(日中の連絡先)	()

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄 ()
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因 経過			
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名		
		所在地	施術に要した費用		円
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)			
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
同意医師					
再同意医師					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委 任 状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(事業主)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。

※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ 記入用」も必ずご提出ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

組 合 使 用 欄	支給対象額	円	備考	療養費の区分
	一部負担額	円		あんま・ マッサージ
	支給額	円		

あん摩 マッサー ジ指圧師 記入欄	患者氏名																															
	傷病名 又は症状																															
	初療年月日	令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																						
	施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																		
	施術 内容	マッサージ					円×	局所×		回×					円																	
		変形徒手矯正術					円×	肢×		回×					円																	
		温罨法					円×			回×					円																	
		温罨法・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	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
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																
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											
あん摩マッサージ指圧師																																
住所																																
氏名																		電話番号		()												
保健所登録区分 (<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地)																		免許登録番号		()												

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。