

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

あんま・マッサージ専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印 ← 委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()			
	事業所名称							

【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	昭和・平成	年	月	日	続柄 ()		
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	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										

委任状	<input type="checkbox"/> 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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	印				
			事業所名称	印				
		氏名・印						

※以下の振込先については、任意継続被保険者及び資格喪失者のみご記入ください。

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()				
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号					
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分	被保険者(申請者)			

※ 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。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

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	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				円×		回×	円																							
		加算 (km)				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
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																																
【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																																
印 電話番号 ()																																

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

はり・きゆう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印 ← 委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()			
	事業所名称							

【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	昭和・平成	年	月	日	続柄 ()	
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	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									

委任状	<input type="checkbox"/> 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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	印
			事業所名称	
		氏名・印	印	

※以下の振込先については、任意継続被保険者及び資格喪失者のみご記入ください。

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()			
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)			

※ 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。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゆう施術者記入用」も必ずご提出ください。

はり師・きゅう師記入欄

患者氏名					
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
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	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり (電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう (電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 (電気針・電気温灸器併用)			円
	2回目以降	はり	円×	回=	円
		はり (電気針併用)	円×	回=	円
		きゅう	円×	回=	円
		きゅう (電気温灸器併用)	円×	回=	円
	はり・きゅう併用	円×	回=	円	
はり・きゅう併用 (電気針・電気温灸器併用)	円×	回=	円		
往療料 加算 (k m)		円×	回=	円	
		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			
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					
【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					
はり師・きゅう師					
住所					
氏名					
印 電話番号 ()					