

支給決議書				常務理事	事務長	担当者
受付年月日	令和 年 月 日	資格取得日	平成・令和			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和			
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】	任継加入・任継未加入			
療養費査定書						
項目	点数	単価	請求金額	査定点数	査定額	備考
科目	支給額	備考	科目	支給額	備考	
療養費	円	査定額の割	療養費	円	査定額の割	
自己負担額	円	査定額の割	自己負担額	円	査定額の割	
一部負担還元金	円		家族療法付加金	円		
款	項	目	支給額			
保険給付費	法定給付費	療養費				円
		第二家族療養費				円
		高額療養費				円
	付加給付費	一部負担還元金				円
		家族療養付加金				円

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (マッサージ用)

1
2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年齢
		—		昭和 平成	年 月 日 歳
	氏名	(フリガナ)		事業所/所属先	
	住所	(〒 — )	都道府県		
電話番号	【自宅】 ( )	【携帯】 ( )			

振込先指定口座	*被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。				
	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 { }	支店コード	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。	
口座名義	(カタカナ)			こちらを記入された場合は「受取代理人欄」を必ず記入してください。	

受取代理人の欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	(〒 — ) 【TEL】 ( )	住所	被保険者と代理人との関係
	氏名	都道府県		

委任状欄	被保険者（申請者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 年 月 日
	事業主名	氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
*退職された方は、委任状欄の記入は不要です。				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		受付日付印
<<当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。>>		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印
-------------------	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (マッサージ用)

1

2

被保険者（申請者）記入用

※2枚目は施術機関発行の専用用紙添付可

被保険者氏名	
--------	--

<添付書類>  
 ●領収書の原本  
 ●医師の同意書を添付してください(初回のみ)

受診者欄	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	傷病名
	生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	発症又は負傷の原因及びその経過	
	業務上・業務外、第三者行為の有無	業務上 第三者行為である その他		

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日	実日数	請求区分	
	施術期間	自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名又は症状			転 帰 継続 治癒 中止 転医	
	マッサージ	躯 幹	円 ×	回 =	円
		右上肢	円 ×	回 =	円
		左上肢	円 ×	回 =	円
		右下肢	円 ×	回 =	円
		左下肢	円 ×	回 =	円
	変形徒手矯正術	円 ×	回 =	円	
	温 罨 法	円 ×	回 =	円	
温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
往療料 2kmまで 加算 ( km)	円 × 円 ×	回 = 回 =	円 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				
通院○					
往療◎					

施術証明・領収欄	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
	〒
	住所
	あんまマッサージ指圧師 氏名
電話	

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