

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	<b>記入例</b>			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪				
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】				
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	健備保使用欄	支給額	備考		
療養費	円	査定額の割	円	円	円	査定額の割
自己負担額	円	査定額の割	円	円	円	査定額の割
一部負担還元金	円		円	円	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

該当しない方に二重線を引いてください。

健康保険 ~~被保険者~~ 家族療養費 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
		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 歳
	氏名	(フリガナ)	〇〇 〇〇〇	事業所/所属先	
			〇〇 〇〇〇	〇〇〇〇 (株)	
				〇〇〇〇〇支店	
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇 都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		
電話番号	【自宅】 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		【携帯】 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

振込先指定口座	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	〇〇〇〇	
	口座名義	(カタカナ)	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物であること。		

該当する場合は記入してください。

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	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 【TEL】 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	被保険者と代理人との関係
		氏名	〇〇 都道府県 〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	〇

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 〇〇年 〇月 〇日
	事業主名	退職していない被保険者が請求する場合のみ記入	必ず記入してください。	

\*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
<p>＜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。＞</p> <p>＜マイナンバーを記入した場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆本人確認書類の添付が必要です。</li> <li>◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。</li> </ul>	

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

該当しない方に二重線を引いてください。

※2枚目は施術機関発行の専用用紙添付可

《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)

被保険者氏名	○○ ○○○
--------	--------

受診者欄	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ○○ ○○○ ○○ ○○○ (男)・(女)	続柄	○○	傷病名	○○○○○
	生年月日	(昭和) (平成) 00年00月00日				
	発病又は負傷年月日	令和 00年00月00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		
往療料 2kmまで	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					
通院○						
往療◎						

施術機関発行の専用用紙添付可

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