健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（令和 ○年 ○月分）（あん摩・マッサージ）

被保険者欄

被保険者証の記号番号	1 ― 77777	被保険者資格取得日	平成・令和 2 2 年 0 8 月 0 8 日	被保険者資格喪失日	平成・令和 年 月 日
被保険者氏名	フリガナ ケンポ ジロウ 健保 次郎	被保険者住所及び電話番号	〒 100-2000 東京都台東区松が谷７－６－５－７０７ 電話 ０１０（ ６００６ ）８００８		
生年月日	昭和・平成・令和 45年 6月 12日				
所属部署及び電話	マルハン台東店		電話 ０３（ １３５７ ）８６４２		
施術を受けた者の氏名	健保 次郎	続柄	本人	生年月日	昭和・平成・令和 4 5 年 0 6 月 1 2 日
発病又は負傷年月日	平成・令和 0 1 年 0 5 月 0 1 日	医師が同意した傷病名	筋萎縮性側索硬化症	業務上・外第三者行為の有無	1．業務上である 2．第三者行為である 3．上記にあてはまらない
発病又は負傷の原因及びその経過	筋萎縮性側索硬化症による四肢の筋力低下・嚥下障害			医師の同意年月日	令和 0 1 年 0 5 月 0 1 日
同意医師の氏名	健康 花子	住所	東京都中央区丸の内８－７－６ ＡＢＣビル５階	要加療期間	未定

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規 ・ 継続
傷病名または症状			転 帰
			継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯 幹 円 × 回 ＝ 円		摘 要
	右上肢 円 × 回 ＝ 円		
変形徒手矯			
温 罨			
温罨法・電			
往療料			
往療料			
施術報告書交付			
費 用			
施術日 通院○ 往療◎	月 1 … 7 28 29 30 31		

施術者が記入をする欄です。

被保険者は記入をしないで下さい。

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

保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
免 許 登 録 番 号	所 在 地
	施 術 所 名
あん摩マッサージ指圧師	施 術 者 名　　電話

＜記入にあたっての注意事項＞
二重線枠内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
ただし、別途、施術管理者が同様の書式の書類を作成したものを添付する場合は、二重線枠内への記入は不要です。

＜添付が必要な書類＞
□医師の同意書原本（初療または再同意時は原本必須、有効期限内は写し可）
□施術報告書（写し） □領収書（原本） □往療状況確認表

令和 ○年 ○月 ○日 提出

受付日付印

支払金融機関

	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店
支店番号	預金種別	口座番号（右づめ）	
	普通・当座		
口座名義（カタカナ）			

※原則として給与振り込み口座へのお振込みとなります。

・1か月以内に給与口座を変更した方
・資格を喪失した方
のみ、支払金融機関をご記入下さい。

マルハン健康保険組合