

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

(あん摩・マッサージ・指圧用)

被保険者(申請者)記入用

提出日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
氏名	(フリガナ)	所属				
住所	(〒 -)					
電話番号 (日中の連絡先)	自宅 ()	携帯 ()				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

照会	照会等の同意	私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、照会先が貴保険組合に情報を提示することに同意します。なお、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名	
----	--------	--	----	----------------------

振込先指定口座	金融機関名称	☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁協 ☐ その他 ()	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ 本所 ☐ 支所	
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 ☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

(あん摩・マッサージ・指圧用)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 施術を受けた施術所

名称

所在地

6 施術を受けた日
(○を付けてください)

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

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	

※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。

7 再同意方法
(同意書がない場合)☐ 受療者

・電話 (年 月 日)

☐ 家族

・診察日に口頭 (年 月 日) で同意を得た。

☐ あん摩

・電話 (年 月 日)

☐ マッサージ

・文書 (年 月 日) で同意を得た。

☐ 指圧師

※同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。