

【注意事項】

1. 被保険者証の記号・番号は保険証上部に記載されています。
2. 申請書は、月（1日から末日）を単位に申請してください。
3. 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復（疲れ・腰痛・肩こり）や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。

【添付書類】

- ・施術料の領収書の原本
- ・施術内容証明書（あん摩・マッサージ・指圧用）の原本
- ・医師の同意書（原本）
※初療の日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。
有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。
ただし、変形徒手矯正術は1か月毎に同意書が必要です。

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 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報
被保険者証の(右づめ) ※保険証の上部に記載されています。
氏名・印 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
住所 (〒 485 - 0831) 愛知県小牧市○○○1-○-○ △△マンション○○○号室
電話番号 (日中の連絡先) 自宅 0568 (xx) xxxx 携帯 090 (xxxx) xxxx
 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 健保 太郎

振込先指定口座
金融機関名称 ○○○○ (銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所)
預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 口座番号 1234567 左づめでご記入ください。
口座名義 ケンポ° タロウ ▼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 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。 平成 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 記入不要
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
家 族 (あん摩・マッサージ・指圧用)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	1 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 傷病名	脳出血 3 発病または負傷年月日 平成 27 年 7 月 12 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) 1. 病気 1. 病気を詳しく記入してください。 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 ○○施術所 所在地 小牧市○○5-9
	6 施術を受けた日(○を付けてください)	(平成) 年 月 日 年 月 日 日 1 15 16 17 31 施術を受けた期間と日の数を記入 施術を受けた日に○を付けてください ※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)	<input type="checkbox"/> 受療者 ・電話(年 月 日) <input type="checkbox"/> 家族 ・診察日に口頭(年 月 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> あん摩 ・電話(年 月 日) <input type="checkbox"/> マッサージ ・文書(年 月 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> 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。