

被 保 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日		整理番号		事業主側経由所属				
	常務理事	事務長	担当者			月別	番号	長	長	担当者		
期 間	自平・令	年	月	日	日間	支 給 金 額	法定				計 算 式	
	至平・令	年	月	日			附加				円	
	装具装着										円	
	平・令	年	月	日								
										区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)	入力受付No.

(被保険者
被扶養者) 療養費支給申請書

被 保 者 番 号		被 保 者 氏 名			生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	生 満 歳	
被 保 者 所 住					被 保 者 属 所						
被 扶 養 者 に 係 る 申 請 で あ る 場 合 、 該 当 者 の 氏 名					生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄	
傷 病 名					傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和	年	月	日	時 頃	
傷 病 の 原 因					労 働 災 害 該 当 の 有 無 (業 務 上 、 通 勤 途 上 等)	無・有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。					
傷 病 の 経 過											
健 康 保 険 被 保 者 証 を 使 用 で き な か っ た 理 由 (詳 しく 記 入)											
診 療 を う け た 病 院 等	所 在 地					名 称					
						医 師 名					
診 療 の 内 容											
診 療 の 期 間	自平成・令和	年	月	日	日間	診 療 に 要 し た 金 額	¥				別 紙 証 ひ よ う の と お り
	至平成・令和	年	月	日							
第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き	その届出の有無				第 三 者 の 氏 名 及 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)						
	ある・ない										

(注) 診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。

(注) コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。

(注) はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用「別紙」)

被 保 険 者 欄	被保険者番号		療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成 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 又は症状				転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	継続 ・ 治癒
		右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =	円	摘 要
		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 4kmまで	円 ×	回 =	円		
	往療料 4km超	円 ×	回 =	円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円		
費用 額 計				円		
施術日 通院○ 往療○	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				
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。					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> ※氏名はフルネームで記入願います。ご記入いただいた内容を訂正する場合は、 訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を、ご記入下 さい。 </div>					
	令和 年 月 日	住所				
	あん摩マッサージ指圧師 免許登録番号	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	