

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (年 月分)
被扶養者

令和 年 月 日 提出

【あんま・マッサージ・指圧用】

◆注意事項等は裏面をご覧ください。

被保険者記入欄	① 被保険者証の記号	番号	② 被保険者氏名 (フリガナ) (申請者氏名)			
	③ 事業所名	④ 被保険者の生年月日		昭和 平成	年 月 日	
	⑤ 被保険者の現住所	〒 電話 (日中の連絡先) ()				
	⑥ 被扶養者が受けたときはその方の氏名	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑦ 傷病名	⑧ 発病または負傷の年月日	年 月 日	⑨ 業務上のものですか 第三者によるものですか	はい・いいえ	はい・いいえ
	⑩ 発病または負傷の原因					

あんま師・マッサージ師・指圧師 (施術者) が記入するところ	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分
	平成・令和 年 月 日		自: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 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	
		左上肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
		左下肢	円 ×	回 =	円	
	温電法(加算)	円 ×	回 =	円		
温電法・電気光線器具(加算)	円 ×	回 =	円			
変形徒手矯正術(加算) * 温電法との併施は不可	右上肢	円 ×	回 =	円		
	左上肢	円 ×	回 =	円		
	右下肢	円 ×	回 =	円		
	左下肢	円 ×	回 =	円		
往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円		
	4km超	円 ×	回 =	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円		
合計				円		
施術日 通院○ 往療◎	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。 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		
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	
			令和 年 月 日			

被保険者記入欄	⑪ 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)		預金種別 普通 当座	支店番号 口座番号

* 被保険者以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

* 当組合は、あんま師・マッサージ師への受領委任払いは行っておりません。(令和元年10月施術分より)

東京金属事業健康保険組合

⑫ 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					受付日付印
	令和 年 月 日					
	被保険者 (申請者)	住所	〒			
		氏名	印			
受領代理人	住所	〒				
	氏名	印 (被保険者の印と別の印を押してください)				
	委任者と代理人との関係	電話	()			