

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額		受付整理No.	
					円		資格取得日	資格喪失日
					施術回数	給付割合	令和 年 月 日	令和 年 月 日
					回目	割	決済年月日	支給予定日
						令和 年 月 日	令和 年 月 日	

受付年月日

被保険者 健康保険 療養費支給申請書 【あんま・マッサージ】 (令和 年 月分)

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	—		会社箇所名	—			
	被保険者氏名	(フリガナ)		勤務先電話	—			
	受診者氏名 受診者が被扶養者の場合	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日	
	傷病名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日	
発病(負傷)の 原因および経過			発病(負傷) 年月日	令和 年 月 日				
被 保 険 者 名 義 振 込 先 口 座	銀行	支店	普通 当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:			
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号:	番号:				
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。							
	<input type="checkbox"/> 歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。							
	<input type="checkbox"/> 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。							
	<input type="checkbox"/> 施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。							
被 保 険 者 署 名 欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日 千 百 十 円 連絡先(携帯) 千 百 十 円 住所 被保険者の署名							
あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	今回施術期間			実日数	請求区分	転帰	
	H・R 年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医	
	傷病名または症状							
	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			
	変形徒手矯正術	円×	回=	円				
	温電法	円×	回=	円				
温電法・電気光線器具	円×	回=	円					
※「摘要欄」に 要理由記載の事	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○・往診◎	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						
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		
				H・R 年 月 日				
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							
	免許登録番号()	住所						
	あんま・マッサージ・指圧師		署名					
	連絡先TEL	—						

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(あんま師等証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。