

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円			
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)
家族

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	82	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ	三立 太郎	所属	三協立山(株)〇〇〇〇〇〇〇	部・支店・工場 課			
	自宅住所	(〒 933 - 〇〇〇〇)	富山	都道府県					
	電話番号	TEL 0766 (〇〇) 〇〇〇〇	高岡市	〇〇〇町	〇〇番地				

申請内容	1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	続柄	妻				
	1-①家族の場合はその方の氏名	三立 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	2 医師の同意を受けた傷病名	※医療上マッサージを必要とする症状に限り保険適用となります(筋麻痺・筋委縮・関節拘縮など) 疲労、慰安、予防を目的とする施術は対象外			3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	4 発病の原因および経過								
	5 施術を受けた施術所名	名称	〇〇治療院	所在地	富山県〇〇市〇〇町〇〇				
	6 施術期間(1ヶ月ごと)	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで	〇 日間	7 療養に要した費用	〇〇〇〇 円				

※申請書は暦月を単位として作成ください。

【添付書類】■別途「施術管理者記入用」施術内容明細書を施術管理者へ記入を依頼し、申請書に添付ください。

■施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付ください。レシート不可

<以下は該当する場合に添付する書類>

医師の同意書(原本) ※6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

振込先指定口座	金融機関名称	北陸	銀行	金庫	信組	高岡	本店	支店	店舗番号	
	預金種別	1 普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。サンタテ タロウ					口座名義の区分	1. 申請者(被保険者) 2. 代理人		

▼「2. 代理人」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	受付日付印
	代理人(口座名義人)	氏名	(〒 -) TEL ()	住所	(フリガナ)	委任者と代理人との関係				

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】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。

備考欄