

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	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)	所属
	自宅住所	(〒 - )	都(道)府(県)
	電話番号	TEL ( )	部・支店・工場 課

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	続柄
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日
	2 医師の同意を受けた傷病名		3 発病または負傷年月日
	4 発病の原因および経過		
	5 施術を受けた施術所名	名称	所在地
	6 施術期間(1ヶ月ごと)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	7 療養に要した費用

※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)  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	(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協)	(本店)(支店) 店舗番号 (出張所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分

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) 氏名	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、本人確認のための添付書類が必要です。