

健康保険被保険者療養費支給申請書

被保険者
家 族

(あんま・マッサージ専用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号		番号				記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください									
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		[] []		[] [] [] [] [] []				[] [] [] []		[] [] [] []		[] []			
	氏名		(フリガナ)								生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日 [] [] [] [] [] []	
	住所		(〒)				都(道)		府(県)							
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()														
		<input type="checkbox"/> 本請求金額の受領を事業主に委任します。(委任する場合は☑)				※事業主に委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。										

振込先指定口座	金融機関 名称		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所						
	預金種別		普通		口座番号 (左づめ)		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						
	口座名義 (カタカナ)		▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。										
	ゆうちょ		記号		1 [] [] [] [] 0		※ [] []		口座番号 (左づめ)		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

- 施術費用の領収書
- 施術内容の明細書
- 医師の同意書または診断書
- 往診料明細書(往診料加算時のみ)
- ※すべて原本

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
 家 族 (あんま・マッサージ専用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	5 施術を受けた施術所等の	名称		所在地	
		診療した医師等の氏名		施術に要した費用 円	
	6 施術期間(支給期間)	(令和) 年 月 日 から 年 月 日		日数	日
7 同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師		令和 年 月 日		
	再同意医師		令和 年 月 日		