

伺い年月日		年	月	日								
資格	取得	年	月	日	被扶養者資格	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者	
	喪失	年	月	日	有・無							
該当条文		法第87条・法第110条										
支給決議書	○ 算出基礎					支給額						
	種別		費用の額		決定点数	法定給付						
							付加給付					
	一部不支給	期間	年	月	日	回数	理由					
		年	月	日	回							

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ・指圧用）

被保険者欄	被保険者証の記号・番号		・		事業所名称							
	被保険者氏名		(フリガナ)		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）							
	生年月日		昭・平・令	年	月	日生						
	被保険者住所		郵便番号	-								
	療養が被扶養者に関するとき		被扶養者氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日生	被保険者との続柄	
	発病の原因及びその経過											
業務上・外、第三者行為の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		発病又は負傷年月日		年 月 日						
施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分				
	年 月 日		自 年 月 日		至 年 月 日		日	新規・継続				
	傷病名又は症状							転帰				
	マッサージ	軀幹		円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医 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×	肢×	回=	円						
	温電法		円×	回=	円							
	温電法・電気光線器具		円×	回=	円							
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								
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。				保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
	年 月 日				所在地							
	免許登録番号				あんまマッサージ指圧師		施術所名		電話			
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			
					年 月 日							
申請欄	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。											
	年 月 日		〒		静岡県信用金庫健康保険組合理事長 殿		申請者		住所		氏名	電話

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
 マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認書類をするための添付書類が必要です。
 ※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

備考