

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	回数	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	被保険者等記号・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		躯幹		円×		回＝		円			
			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					
							施術管理者名		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)										

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