

常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)
被扶養者

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 令和元年 7 月 1 日

被保険者本人が記入するところ	被保険者証の記号・番号	100 - 123456	被保険者氏名	健康 太郎	印	
	被保険者の住所等	〒100-1000 東京都渋谷区代々木1-2-3-4 自宅等電話番号 012-345-6789				
	療養が被扶養者に関するとき	氏名	健康 花子	生年月日	和暦 S64年 1月 1日 被保険者の続柄 妻	
	傷病名	筋萎縮症		発病又は負傷の年月日	R元年 5月 1日頃	
	発病又は負傷の原因(詳細に)	不詳				
	傷病の経過	順調に回復				
振込先の指定	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。					
	(A)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			和暦 R元年 7月 1日	
	委任状	被保険者氏名: 健康 太郎		代理人 住所: 氏名: 連絡先		
	(B)	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。				
あんまマッサージ指圧師が記入するところ	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)	支店名	預金種別	口座番号		
	(フリガナ)		普通			
	口座名義					
	初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分		
	和暦 年 月 日	あんまマッサージ師圧師が記入するところ		日	新規・継続	
	傷病名 又は 症状				転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躰 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 罨 法	円 ×	回 =	円			
温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円			
※「摘要欄」に必要な理由を記載の事	往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円		
	加算(km)	円 ×	回 =	円		
費用額計		円				
施術日:通院○・往診◎	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					
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	
			和暦 年 月 日			
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。				和暦 年 月 日	
	あんまマッサージ師圧師	住所	電話	氏名	免許登録番号	