

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 年 月 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	-		被保険者氏名				印		
	被保険者の住所等	〒		自宅等電話番号						
	療養が被扶養者に関するとき	氏名	生年月日	和暦	年	月	日	被保険者の続柄		
	傷病名				発病又は負傷の年月日	年	月	日		
	発病又は負傷の原因(詳細に)									
	傷病の経過									
振込先の指定	<input 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 年 月 日									
	委任状		被保険者氏名: ㊟							
			代理人 住所: 氏名: ㊟ 連絡先							
(B)振込口座	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。									
	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			
					普通					
	(フリガナ) 口座名義									
あんま・マッサージ指圧師が記入するところ	初療年月日		今回施術期間			実日数		請求区分		
	和暦 年 月 日		和暦 年 月 日 ~ 年 月 日			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		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 罨 法		円 ×	回 =	円					
	温電法・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 住所		電話		氏名		印			
			免許登録番号							