

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	被保険者等 記号・番号	-		被保険者氏名				
	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 者 の 続 柄	
	傷病名				発病又は負傷の年月日	和暦 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					
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。							
(B) 振 込 口 座	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	軀 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				
	温罨法・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					
費 用 額 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						
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。				保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
	和暦 年 月 日	施 術 所		所 在 地				
	登録記号番号	施 術 所		所 在 地		電 話		
		施 術 管 理 者		氏 名				