受　付　印　　処　理　印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

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

被保険者等記号・番号	700 － 123456	被保険者氏名	健康 太郎
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
被保険者との続柄	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

☑ 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。

☐ 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。

(A) 委任状

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

被保険者氏名: 健康 太郎

代理人　住所:

氏名:　連絡先

☐ 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

施術内容欄

あんまマッサージ師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		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 3

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