

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

Example - Massage

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書 (H30年10月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者証の記号	① 1234	番号	② 1234567	生年月日	③ 54年3月5日
氏名	④ 山口 太郎	性別	♂	自署の場合 押印省略可	事業所 名称
住所	⑥ (〒 -) TEL ()				
施術が被扶養者に 関するときは、その方の	氏名	⑦ 山口 三郎	生年月日	⑧ 25年5月6日	被保険者との続柄
傷病名	⑩ 脳梗塞後遺症			発症・負傷 年月日	⑪ H20年1月26日
傷病の原因 及び経過	⑫ 不明		第三者の行為によるものですか → ⑬ はい・いいえ		
業務によるものですか → ⑭ はい・いいえ					
同意記録					
同意医師の氏名	⑮ 赤坂 一郎	住所	⑯ O県O市***-**	同意年月日	⑰ H**年*月*日
傷病名	⑱ 脳梗塞後遺症		要加療期間	⑲ 6ヶ月	
支給	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。				
払付	⑳ 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。				
先金	振込先 銀行	銀行 金庫・農協	支店	口座 番号	※口座番号は左詰めでご記入ください
	預金 種別	普通・当座 貯蓄	口座 名義	(1) 漢字	(2) カタカナ

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	日	新規	継続
傷病名 又は 症状					転帰	
マ ッ サ ー ジ	躯 幹	⑳ 円×	回=	円	治愈	中止
	右 上 肢	㉑ 円×	回=	円	摘	要
	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=	F		
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. 出張専門施術所所在地		
年 月 日			住所			
免許登録番号			あん摩マッサージ指圧師 氏名			☎ 電話

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	☎
--------------------	---

〔備考〕 (記号番号を記入した場合は記入不要です。)
 ⑳ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記入してください。
 マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。

Information of Insured Person

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Birth Date
- ④ Name(with katakana) and Seal or Signature
- ⑤ Business Entity Name
- ⑥ Address(with Zip Code) and Telephone Number

* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.

⑦⑧⑨

Name, Date Birth, Relationship of Dependent if this is about him/her

* If applying for a child, do not simply write “Child” as the relationship. Instead, write “Eldest son”, “Eldest daughter”, etc.

- ⑩ Name of Illness or Injury
- ⑪ Date of Illness or Injury
- ⑫ Causes and History of Illness or Injury
- ⑬ Caused by a Third-party ?

Circle one Yes : はい , No : いいえ

⑭ Caused by work ?

Circle one Yes : はい , No : いいえ

⑮⑯⑰⑱⑲

Name of Consenting Doctor, Address, Date of Consent, Name of Illness or Injury, Required Medical Treatment Period

⑳

* In general, payment can only be made to an account in the insured person's name.

If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.

㉑

Please request that the anma massage therapist from whom you received treatment fill this out.

(Documents needed to be attached)

- The original receipt showing the name of the person who received treatment
- The original consent form received from the doctor (necessary the first time and each time consent is received)
- A copy of the treatment report (if one is provided by the practitioner)

㉒

If you enter the Symbol and Number in the ①② field, filling in is unnecessary.