

保険者欄	支給期間	年 月 日 ~	決裁印欄			資格	取得 年 月 日	支給決定額
		年 月 日 日間					喪失 年 月 日	

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号		事業所の名称	所在地		
	療養が被扶養者に関するとき	受診者氏名			生年月日	被保険者との続柄
	傷病名	発病または負傷年月日			業務によるものですか	
	発病または負傷の原因及びその経過	昭和 平成 年 月 日			はい・いいえ	
	振込希望口座	銀行 信金 信組 農協	本店 出張所 支店 営業部		第三者行為によるものですか	
	*任意継続者のみ	口座名義人 カタカナで記入	口座番号	預金種別	1. 普通	
<p>上記のとおり申請します。また、下記の事項について異議なく同意します。</p> <p>1. 原則、この申請書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってこの限りではないこと。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">フランスベッドグループ健康保険理事長 殿 被保険者の 住所 氏名 ㊟</p>						

あんま・マッサージ師が記入するところ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転帰
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止	
	傷病名	摘要				
	マッサージ	躯幹	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 ×	回 =	円		
	温罨法	円 ×	回 =	円		
温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円			
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	平成 年 月 日				
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。						
あん摩マッサージ指圧師 住所	氏名 ㊟ 電話番号					
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
		平成 年 月 日				

- \*記入上の注意
1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)をすべて添付してください。
  2. 暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
  3. はじめてかかった時の請求であるときは、「医師の同意書」を添付してください。
  4. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。