

被保険者・家族療養費支給申請書
(あんま・指圧・マッサージ用)

- ◎ 一ヶ月分をまとめて月ごとに健保組合に申請する。
(必ず、施術師の証明を受けてください。)
- ◎ 最下段の添付書類欄をお読みください。

決裁日	令和	
常務理事	事務長	係
算出基礎額	円	
シーケンス番号	支給額 (上記の7割分)	円

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号・番号	—										事業所名						
	被保険者名											生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	被扶養者に関する申 請のとき	氏名											生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	傷病名											発病または負傷の 年月日	昭和・平成 令和	年	月	日		
	発病または 負傷の原因	状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他()															
		詳細	(いつ、どこで、何をしていた、どうなったかを詳しく記載)															
	施術を受けた 施術院名	住所																
		名称																
	初診年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	施術を受けた期間					自 至	令和 令和	年	月	日			
	受療月	施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
	通院黒○	月	15	16	17		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	往療日◎	月	29	30	31	※施術を受けた日に○表示する												
	受療に要した 費用の合計	円										施術に同意した 医師名						
	医師同意 年月日	令和	年	月	日	医師より証明を受けた 要加療期間					令和	年	月	～	年	月		
	第三者行為の 有無	有・無	第三者行為による負傷の時 その届出の有無					有・無	加害者住所									
							加害者氏名											
療養費支給 振込口座 (給振口座)	北洋銀行										本店 支店 出張所	口座番号	普通預金					
	※給与振込口座以外は指定不可																	
北洋銀行健康保険組合理事長 殿 上記の通り申請いたします。 令和 年 月 日 被保険者 { 住所 氏名 TEL																		

施 術 師 証 明 欄	傷病名											施術に要した 費用	円				
	施術 内容	マッサージ	躯幹	円	×	回	=	円	変形徒手矯正術	円	×	回	=	円			
			右上肢	円	×	回	=	円	温電法	円	×	回	=	円			
			左上肢	円	×	回	=	円	温電法・電気光線器具	円	×	回	=	円			
			右下肢	円	×	回	=	円	往療料 4 km まで	円	×	回	=	円			
			左下肢	円	×	回	=	円	往療料 4 km 超	円	×	回	=	円			
北洋銀行健康保険組合理事長 殿 上記のとおり施術を行い、その費用を領収したことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 施設名称 あんま・指圧・マッサージ師名 TEL																	

【添付書類】

- 1 受療費用の領収書及びその明細(受療日ごとの領収書でも可)・・・原本添付
- 2 医師の同意書(原本・・・初回から6ヶ月以内、同意日より6ヶ月以上経過には再度医師の同意書(原本)が必要です。)

領収書貼付用台紙

令和 年 月 日 提出

・記号 _____ ・番号 _____

・所属

・提出領収書枚数 _____ 枚

・被保険者名

・領収書の返却要・不要表示（何れかに○表示）

領収書の返却 要 不要

領収書（原本）貼付欄（剥がれ落ちないように一部分をのり付け）

- 注意
1. 領収書は原本提出（写しは不可）・・・・内容点検後、被保険者に返却します。
 2. 領収書が月間合計金額の場合は、日別内訳明細を添付する。