

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090(7891)2345 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			
	療養を受けた者の氏名	健保 花子		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	発症または負傷の原因	脳出血による後遺症			
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ はい

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	自 令和 年 月 日 至 平令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続																								
	傷病名または症状								転帰	継続・治癒・中止・転医																							
	マッサージ	躯幹	円	×	回	=	円	摘要																									
	変形徒手矯正術	左上肢	円	×	回	=	円																										
	温電法																																
	温電法・電気光線器																																
	往療料 4km未満																																
	往療料 4km超																																
	施術報告書交付料 (前回支給済)																																
	合計																																
施術日 通院○ 往療◎	月	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

この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。

施術証明書	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. 出張専門施術者住所地	
	令和 年 月 日 登録記号番号(申し出た施術者登録番号) 施術所 所在地 名称 電話番号 施術管理者 氏名				
備考					
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

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123	
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	普通 当座	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

■添付書類

- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
- 治療内容の書いてある領収書原本

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	受付日付印
----	--	-------