

療養費支給申請書（本人・家族）

年 月分
（あんま・マッサージ用）

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の記号と番号		②事業所の名称	
③被保険者の氏名	Ⓜ	④被保険者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日（歳）
⑤被保険者の住所	〒 TEL（ ）		
⑥療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄（ ）	⑦療養を受けた者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日（歳）
⑧傷病名	⑩発病又は負傷原因及びその経過		
⑨発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日		
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ	⑫第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
⑬振込先	銀行振込	銀行	支店 支店番号
		預金種別（普通・当座）	口座番号
口座名義（カナ） 口座名義（漢字）			
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 申請者（被保険者）住所 氏名 Ⓜ 代理人 住所 氏名 Ⓜ			
備考欄			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。（マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

【あん摩師・マッサージ・指圧師の記入欄】

施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自：平・令 年 月 日～至：平・令 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
	マッサージ	躯幹	円×	回＝	円	摘要 *往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入ください。			
		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＝	円					
費用額合計				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、その費用を徴収しました。		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					
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				
	TEL ()								

【添付書類】 「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本（初回及び6か月ごと）

社会保険労務士記載欄

Ⓜ