

被保険者・被扶養者
療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

神栄健康保険組合 御中 提出日：2022 年 3 月 3 日

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	29 - 9999	勤務する 事業所名称	神栄株式会社 本社						
	被保険者氏名	神栄 次郎		生年月日	1990 年 6 月 5 日					
	被保険者の住所	神戸市中央区●●1丁目2番地3号					電話 078 (123) 4567			
	被扶養者に関する 申請の場合	被扶養者 氏 名	神栄 花子		生年 月 日	1993 年 7 月 8 日		続 柄	妻	
	傷 病 名	頰腕症候群			発病又は 負傷年月日	2022 年 2 月(初旬)日				
	発症または負傷の 原因・経過	家事をしていて徐々に痛み出した					出来るだけ詳しくご記入ください			
	第三者行為による ものですか	はい いいえ	はいの場合 届出の有無	有 無	加害者氏名					
				加害者住所						
あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日		施術期間	自： 年 月 日	至： 年 月 日	実日数	請求区分	
		年 月 日								新規・継続
		傷 病 名	あんま・マッサージ用師の方に 記入の依頼をしてください							昇
		マッサージ								止・転医
		変形徒手矯正術								要
		温 電 法	円× 回＝ 円							
		温電法・電気光線器具	円× 回＝ 円							
		往 診 料 4 km まで	円× 回＝ 円							
		往 療 料 4 km 超	円× 回＝ 円							
		施術報告書交付料 (前回支給： 年 月 分)	円× 回＝ 円							
	合 計	円								
	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							
	施 術 証 明 欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
		年 月 日								
所 在 地 施術所名 施術者名		電話 ()		免許登録番号						
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		
				年 月 日						
委 任 状 ※退職者は記入不要		本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 2022 年 3 月 3 日 被保険者氏名 神栄 次郎								
振 込 先 情 報	振込希望の 金融機関 退職者・任意継続者 のみ記入	金融機関名称			支 店 名					
	口 座 番 号	普通 ・ 当座		フ リ ガ ナ						
	No.			口 座 名 義						

<記入上の注意>
① 申請書は、暦日単位ごとに作成ください。
② 領収書の原本を必ず添付ください。その際、必ず宛名を記載してもらってください。
③ 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」（原本）を添付ください。継続して施術を受ける場合は6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります
④ 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため健康保険組合への請求はできません。