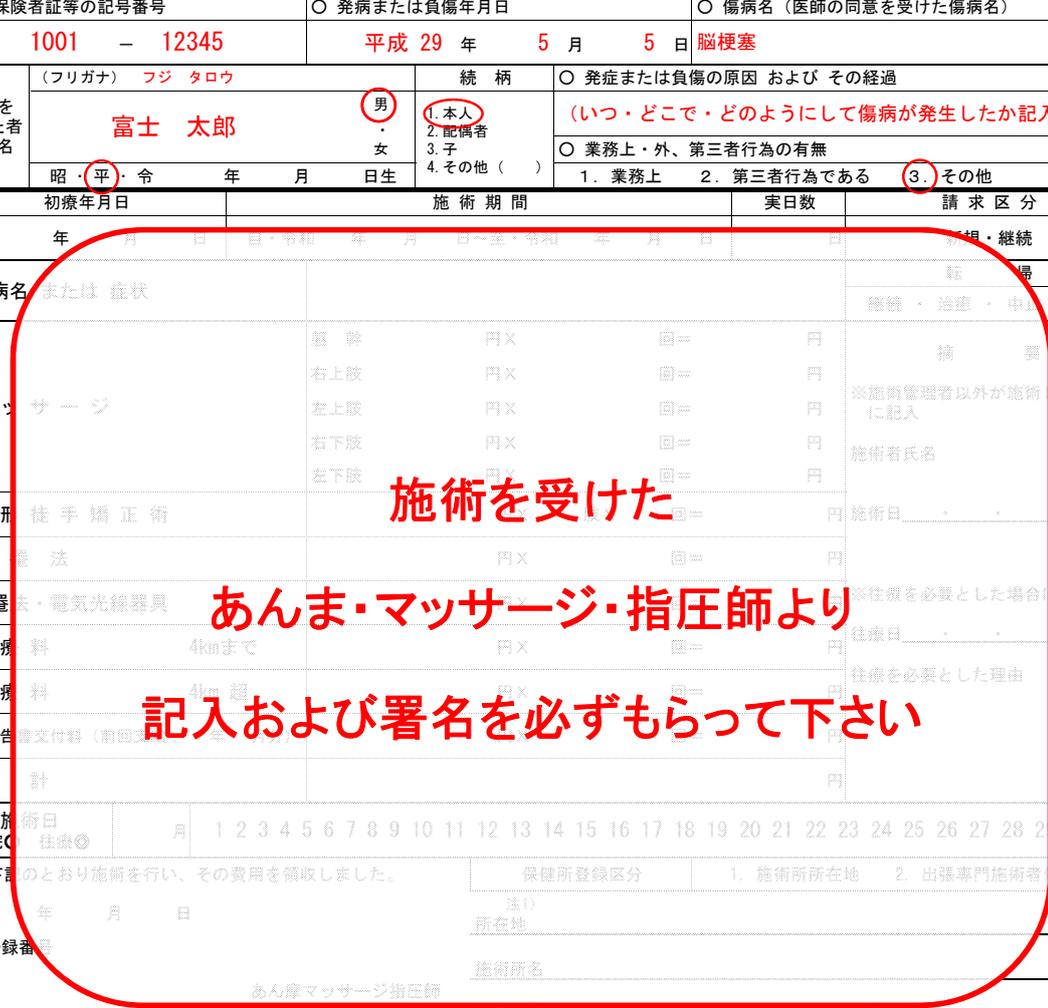


提出ルート：被保険者→事業主→健保
 (任意継続被保険者は直接 健保へ)

同年月日	年	月	日	支払年月日	年	月	日	支給金額				
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得年	年	月	日	法定給付				
				請求金額			円	付加給付				
				査定金額			円	支給計				

被保険者療養費支給申請書 (令和 2 年 6 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄	○ 被保険者証等の記号番号 1001 - 12345		○ 発病または負傷年月日 平成 29 年 5 月 5 日		○ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 脳梗塞	
	○ 発症または負傷の原因 および その経過 (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入) 業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		続柄 ○ 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 脳梗塞	
	○ 施術を受けた者の氏名 富士 太郎		性別 男		○ 発症または負傷の原因 および その経過 (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入) 業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数	
	令和 年 月 日		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		日	
	傷病名または症状				請求区分 初相・継続 転場 継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ		頸 幹 円 X 回 = 円		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名	
	変形徒手矯正術		円 X 回 = 円		施術日 月 日	
	温 罎 法		円 X 回 = 円		日	
	温罎法・電気光線器具		円 X 回 = 円		※往療を必要とした場合に記入 往療日 月 日	
	往 療 料 4kmまで		円 X 回 = 円		往療を必要とした理由	
	往 療 料 4km超		円 X 回 = 円		往療を必要とした理由	
	施術報告書交付料 (前年度分)		円 X 回 = 円		往療を必要とした理由	
合 計		円		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		下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. 出張専門施術者居住地		
令和 年 月 日		所在地		所在地		
免許登録番号		施術者名		施術者署名		
同意記録		同意者氏名		同意年月日		
同意者職名		同意者住所		同意者電話番号		
同意者印		同意者署名		同意者印		
同意者印		同意者署名		同意者印		



**施術を受けた
あんま・マッサージ・指圧師より
記入および署名を必ずもらって下さい**

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の支取を希望する方は、 被保険者(請求者)の方が自筆で署名し、請求日をご記入ください	
	受取代理人	代理人の住所	勤務先の会社が記入するところ
	代理人の氏名		

※ 株式会社SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関 (ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)	銀行名	銀行・信金	支店・本店
	預金種別 1 当座 2 普通	銀行番号	口座番号	支店・出張所

期間従業員など代理受取の対象とならない方は振込口座を記入してください(任意継続の方は記入不要です)
※ゆうちょ、ネット銀行は取扱いしていません

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。
 注1) 施術所の所在地・施術者名はゴム印を使用し、施術者本人が自署してください。