# 健康保険　被保険者 家族　療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

令和6年9月30日施術まで

注意　●消えない黒のボールペン等で記入　●該当する□に✔を記入　●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

## 被保険者（申請者）情報

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号番号 | 記号 | | 番号 | | 従業員番号 ※事業主から指示があった場合のみ記入 |
| 事業所 | 会社名称 | | 所属部署 | | |
| 氏名 | （フリガナ） | | 確認欄 | □ | この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものである<br>②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している |
| 生年月日 | □昭和 □平成　年　月　日 | | 電話番号（日中の連絡先） | | （　　） |
| 住所 | （〒　　ー　　）<br>都 道 府 県 | | | | |

## 申請内容

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 受診者 | □ 被保険者　□ 家族（被扶養者） | | |
| | 家族の場合その方の氏名 | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 |
| 2 | 傷病名 | | 3 発病または負傷年月日 | □平成 □令和　年　月　日 |
| 4 | 発病の原因および経過 | □ 病気 ➡ 発病時の原因（　　） | □ ケガ ➡「負傷原因届」を併せて提出 | |

## 受取方法

| | | |
|---|---|---|
| 1 | □ | 被保険者等の記号が以下事業所の方<br>1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240<br>➡本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任※1 （事業主経由で支給） |
| 2 | □ | 被保険者等の記号1219の任意継続の方<br>➡ 登録口座へ振込み |
| 3 | □ | 1、2以外の方<br>➡ 指定口座（被保険者名義）に振込み<br>3.を選択した場合、右記a.bどちらか記入 |

### 指定口座

□ a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します
注）口座情報の反映には登録から数日を要します

□ b. 以下指定口座への振込を希望します

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名称 | 銀行　金庫　信組<br>農協　漁協<br>その他（　　）　支店コード（　　） | | 本店　支店<br>本所　支所<br>出張所 |
| 預金種別 | □普通　□ 当座 | 口座番号 | |
| 口座名義 | ▼カタカナ（姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入） | | |

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

## 施術者が証明するところ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 初療年月日 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 | 請求区分 | □新規　□ 継続 | 転帰　□治療　□ 中止 |
| 2 | 施術期間 | 令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで | 実日数 | 日 | |
| 3 | 傷病名 | | 業務上・外、第三者行為の有無 | □業務上 □第三者行為 □通勤途上 □その他 | |

| | | | | | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 マッサージ | 円× | 局所× | 回＝ | 円 | |
| 変形徒手矯正術 | 円× | 肢× | 回＝ | 円 | |
| 温罨法 | 円× | | 回＝ | 円 | |
| 温罨法・電気光線器具 | 円× | | 回＝ | 円 | |
| 往療料（　）kmまで | 円× | | 回＝ | 円 | |
| （　）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 | |

5 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

6 施術証明欄

上記の通り施術を行い、その費用を領収しました
令和　年　月　日
免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ あん摩マッサージ指圧師
〒
所在地
名称
電話番号
氏名
印

| 同意記録 | 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日（和暦） | 傷病名 | 要加療期間 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

| 受付印 | 支払印 |
|---|---|
| | |

日野自動車健康保険組合

R6.10改訂