

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 ケンポ 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

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日 至 平令和 年 月 日	日	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 左上肢 円 × 回 = 円		摘要
変形徒手矯正術	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。		
温罨法			
温罨法・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)			
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
-------------------	---	---

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	
	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
			令和 年 月 日		

※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

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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
----	--	-------