


療養費支給申請書 ( 31年 4月分)

あんま・マッサージ用

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 1 年 5 月 10 日提出

被保険者証の記号番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	被保険者(申請者)氏名と印	健保 太郎					
	個人番号										
	社員番号	〇〇〇〇〇〇									
被保険者記入欄	被保険者(請求者)住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木イースト301号室 電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇									
	療養を受けた者の氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	男・女	続柄	本人	生年月日	昭和/平成	5 1 0 7 3 1	年 月 日	
	発病又は負傷年月日	平成/令和	30 年 8 月 15 日	傷病名	脳出血による筋肉麻痺						
	発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無						
	脳出血による後遺症				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他						
支払金融機関	金融機関名			預金の種類		口座番号		〇〇〇〇〇〇〇〇			
	三菱UFJ 銀行 渋谷明治通			本店支店出張所		1. 普通 2. 当座		口座名義(カナ)		ケンポ タロウ 健保 太郎	
施術内容欄	初療年月日	施術期間				実日数	請求区分				
	<div style="border: 2px solid red; padding: 20px; text-align: center;"> <h2 style="color: red;">あんま・マッサージ師・指圧師記入欄</h2> </div>										続
											帰
											・転医
											30 31
											者住所地
											療期間
											年 月 日
											同意記録