

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

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)

ご確認
ください



◎提出先：事業会社(在籍中)▼事業会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後▼当組合給付担当
 ◎ケガが原因の場合は「負傷原因届」、他人の行為による場合は「第三者による傷病届」を添付してください。
 ◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
 ◎あんま・マッサージ・指圧師記入欄は施術者が記入してください。
 ◎暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
 ◎はじめてかかった時の請求であるときは、「医師の同意書」を添付してください。

④健康保険証 記号 番号 ⑤所属する事業会社 名称 所在地		⑥生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		⑦日中連絡のとれる電話番号	
⑧被保険者の(申請者)氏名と印 (フリガナ)		⑨被保険者の(申請者)住所 郵便番号 (フリガナ)		⑩申請者と受診者が違う場合(被扶養者) 受診者氏名 (フリガナ)	
⑪傷病名と発病または負傷年月日		⑫発病又は負傷の原因およびその経過		⑬業務によるものですか? いいえ・はい	
⑭他人の行為によるものですか? いいえ・はい		⑮支払金融機関の欄 銀行 金庫 農協 本店 出張所 支店 営業部 支店コード		⑯預金種別 1:普通 口座番号 口座名義人(申請者) カタカナで記入	
⑰振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
委任者と代理人との関係 令和 年 月 日		被保険者(申請者) 氏名 住所 〒			
代理人(フリガナ) 氏名と印		代理人(フリガナ) 住所 〒			

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転帰
	年 月 日	自: 年 月 日	～至 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒・中止
	傷病名または症状	摘要				
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	円×	回=	円	
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	
	温 電 法	円×	回=	円		
温電法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料 2kmまで 加算 (km)	円×	回=	円			
合 計			円			
施術日: 通院○・往療◎	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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日					
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	
			平・令 年 月 日			

資格取得(認定)日	年 月 日
資格喪失(削除)日	年 月 日
医師同意期間	年 月 日～年 月 日
施術回数	回 現存
支給算出額	円 喪失後

受付日付印

令和 年 月 日提出