

申請ルート: 申請者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

被保険者・被扶養者(家族) 療養費・療養付加金支給申請書【あんま・マッサージ用】

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日																									
	氏名	氏		名	社員番号																												
					生年月日	年	月	日																									
	所属名称																																
	住民票住所	〒 -																															
	療養を受けた方が被扶養者の場合	氏名		生年月日	年	月	日	被保険者との続柄																									
	傷病名		施術を受けた年月	年	月	施術に要した費用の額	円也																										
	傷病の原因及び経過、あんま・マッサージ受療の経緯																																
	負傷の場合	業務上または通勤途上の負傷ですか		はい(療養費の請求はできません)		いいえ																											
		交通事故または第三者行為によるものですか	はい	いいえ	「はい」の場合、負傷した時すぐにミットヨ健康保険組合に届出ましたか		はい	いいえ																									
給付金受取方法	A. 事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】 この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。 年 月 日 被保険者氏名																														
	B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失者の方が記入)	銀行名		支店名																													
		種別	普通	当座	口座番号																												
		口座名(カナ)																															
施 術 者 ( あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 ) 記 入 欄	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・転医																								
	傷病名																																
	マッサージ	円 ×	局所 ×	回 =	円																												
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円																												
	温羅法	円 ×		回 =	円																												
	温羅法・電気光線器具	円 ×		回 =	円																												
	往療料	4kmまで	円 ×		回 =	円																											
		4km超	円 ×		回 =	円																											
	合計							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
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 住所(所在地)																																	
年 月 日		施術所名																															
		あんまマッサージ指圧師 氏 名																															
医 師 同 意	医師同意書 (記入または添付)	患者名				要加療期間																											
		保健医療機関名称				所在地																											
		医師の氏名				電話番号																											

被保険者のマイナンバー記載欄

健保組合受付欄

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です