

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	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 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 60年5月10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 ΔΔマンション456号室 電話 090 (7891) 2345 メールアドレス 〇〇ΔΔ@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 令和 60年5月21日	
	発症または負傷の原因	脳出血による後遺症	交通事故等で第三者が原因か	いいえ・はい	

施術内容欄	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 令和 年 月 日	日	新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医
傷病名または症状	概要			摘要
マッサージ	躯幹 円 × 回 = 円	右 upper 円 × 回 = 円		
変形徒手矯正術				
温電法				
温電法・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		

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。

施術証明書	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 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	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和 2年 3月 4日
	<input type="checkbox"/> ②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。	
被保険者(申請者)	氏名	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関名称	番号	123
	預金種別	ケンボ タロウ	
備考	個人番号(被保険者証の記載) ※マイナンバーを記入した場合 ①通知カードの写し ②個人番号カードの写し ・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 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	受付日付印	

任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。