

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 —		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✔)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。			令和 年 月 日
		氏 名			
	受任者 (事業主)	住 所			
		事業所名			
		氏 名			

申 請 内 容	施術された方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為に よるものですか	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年 月 日	続柄()	
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日	
	発病又は負傷の 原因及びその経過	原因				
		経過				
	施術を受けた施術所	名称	施術者氏名			
		所在地	施術に要した費用		円	
	施術期間(支給期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで (日数 日)				
	同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師					
再同意医師						

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

同意欄

この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。
被保険者(申請者)氏名

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

全国硝子業健康保険組合

あん摩マッサー
ジ指圧師記入欄

患者氏名																															
傷病名 及び症状																															
初療年月日	令和	年	月	日	請求区分	☐ 新規 ☐ 継続										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止														
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																		
施術内容	施術料	マッサージ（施術料）			同意部位	(軀幹)				(右上肢)				(左上肢)				(右下肢)				(左下肢)									
					施術回数	回				回				回				回													
		通 所			円 □ 回 = 円																										
		訪問施術料 1			円 □ 回 = 円																										
		訪問施術料 2			円 □ 回 = 円																										
		訪問施術料 3（3人～9人）			円 □ 回 = 円																										
		訪問施術料 3（10人以上）			円 □ 回 = 円																										
		温電法（加算）			円 □ 回 = 円																										
		温電法・電気光線器具（加算）			円 □ 回 = 円																										
		変形徒手矯正術（加算） ※ 温電法との併給は不可			同意部位	(右上肢)				(左上肢)				(右下肢)				(左下肢)													
					施術回数	回				回				回				回													
					円 □ 回 = 円																										
		特別地域（加算）			円 □ 回 = 円																										
		往療料			円 □ 回 = 円																										
		施術報告書交付料（前回支給 年 月分）			円 □ 回 = 円																										
		合 計			円																										
		施術日（ 通所 ○ 往療 ◎ 訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③ ）																													
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
往療又は訪問の理由 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 ☐ その他（ ）																															
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																															

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

あん摩マッサー
ジ指圧師

住 所

氏 名

電話番号（ ）

保健所登録区分（ ☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者住所地 ） 免許登録番号（ ）