療養費支給申請書（　2024年　11月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	事業所名	株式会社NSD				
被保険者の氏名	健保　太郎		住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-2-3				
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)　ケンポ　ハナコ 健保　花子		連絡先	090-1234-5678				
			生年月日	1980年4月1日	年齢	４４歳	続柄	妻
傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	脳梗塞　右方麻痺		発症または負傷年月日（診療開始日）	2024年11月1日				
			業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上　2. 第三者行為　(3.)その他（　　）				
発症又は負傷の原因及びその経過	不詳		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）					

振込を希望する金融機関 ※被保険者又は受領を委任した代理人の口座に限ります	事業所届け出済み口座（経費口座）へ振込希望の場合は レ をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。		レ
	金融機関名称	(フリガナ) 銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店
	普通預金	口座番号	
	口座名義	(フリガナ)	

※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要

代理人に受領を委任する時は記入して下さい	この給付金の受領を 住　所 氏　名　　㊞　に委任します。 被保険者氏名　　㊞

施術者記入欄

被保険者は記入しないでください

※　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。
※　施術内容欄・施術証明欄・同意記録は、施術者が記入してください。
※　「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を提出し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

受付年月日

＜その他添付資料（該当する場合）＞□
●医師の同意書（原本）　●施術報告書（写し）　□
●往療状況確認表　●1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書□