記入例

令和6年11月更新

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）

1 2

被保険者（申請者）記入用

令和 8 年 8 月 8 日 提出

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 34　　番号 12345	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください　入力不要
氏名	（フリガナ）コウア タロウ 興亜 太郎	生年月日 ☑昭和 ☐平成 ☐令和　年 月 日　5 4 0 3 2 1
住所	（〒 399 － 4601 ） 長野 都 道 府 県 上伊那郡箕輪町中箕輪〇〇ー〇	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 〇〇〇 （〇〇〇〇） 〇〇〇〇	

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。 コウア　タロウ		

申請内容

1 受診者	☑ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）		
1 -①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和　年 月 日
2 傷病名	脳梗塞後遺症	3 発病または負傷年月日	令和 8 年 7 月 3 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	☑ 今回の申請は、仕事中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。（該当の場合、必ず健保へご連絡ください） ☐ 病気 ☑ ケガ ☐ 不明 ☐ その他 （原因および経過）脳梗塞で麻痺が残り、かかりつけの医師から指示を受けた		
5 施術した場所	興亜治療院		

注）1. 添付書類　・医師の同意書（原本）　**初回及び再同意時**
・施術報告書（６か月更新）
・領収書（原本）

2. 歴月ごとに申請してください。

「施術者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

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）

1 2

施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入用

2枚目は、あんま・マッサージ指圧師の記入欄になりますので、
申請者は入力不要です。