

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄	被保険者証等の記号番号	記号	番号	所属事業所名および電話番号	電話() -	
	被保険者氏名		生年月日		年 月 日	
	療養を受けた者の氏名		生年月日		年 月 日	
	続柄	業務上外、第三者行為の有無				
	発病又は負傷年月日	年 月 日	1. 業務上(有・無) 2. 第三者行為(有・無) 3. その他()			
(発症又は負傷の原因及びその経過)						
施術内容欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分
	年 月 日	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日	日	日	新規・継続	
	傷病名				転帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	躯幹 円 × 回 = 円 右上肢 円 × 回 = 円 左上肢 円 × 回 = 円 右下肢 円 × 回 = 円 左下肢 円 × 回 = 円				
	変形徒手矯正術	円 × 回 = 円				
	温罨法	円 × 回 = 円				
	温罨法・電気光線器具	円 × 回 = 円				
	往療料 4kmまで加算(km)	円 × 回 = 円				
	往療料 4km以上加算(km)	円 × 回 = 円				
施術報告書交付料				円		
費用額計				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				
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
	年 月 日	〒 -				
申請者(被保険者自署)	免許登録番号		住所			
	あん摩マッサージ指圧師		氏名	Ⓜ		
同意記録	同意医師の氏名		病院または診療所所在地			
	〒 -					
備考	同意年月日	傷病名	要加療期間			
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			

【給付金の支払について】

①在職の被保険者：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	年 月 日
被保険者(申請者)	Ⓜ ※被保険者が記入するところと同じ印	

②任意継続被保険者：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③退職者(任意継続被保険者除く)：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

支払金融機関	銀行	本店	普通・当座
	信用金庫	支店	
	フリガナ	口座番号	
	口座名義(被保険者名義)		

受付日付印

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。(利用する場合には☑をお願いいたします。)

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合：〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合理事長 殿