健康保険　被保険者 被扶養者　療養費支給申請書（償還払い　あんま・マッサージ用）

本人記入欄　　令和　　年　　月　　日

被保険者等		会社名	所属名（店部名）
1	1234567	株式会社イトーヨーカ堂	○○店　●●部

被保険者（申請者）の氏名・フリガナ	被保険者の生年月日	日中連絡のとれる電話番号
（フリガナ）ケンポ　ハナコ （氏名）健保　花子	昭和 平成 令和　2 年 2 月 2 日	03 （ 6238 ） △△△△

被保険者（申請者）の住所
〒 138 － 0072
東京都千代田区二番町８－８　二番町ガーデン4階

本人記入欄　※受診者氏名、受診者の生年月日、被保険者との続柄は、被保険者と違う（被扶養者）場合のみ記入。同一の場合は未記入可能。

受診者氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ （氏名）健保　花子	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和　32 年 3 月 2 日	保険者との続柄	母
傷病名	子宮体癌	発病又は負傷年月日	昭和・平成・令和　1 年 5 月 1 日	（負傷時間）AM・PM　10 時頃	
発病・負傷の原因およびその経過	子宮体癌の手術後、痛みが継続して続いている				
負傷の原因	（加害者がいる）☐はい → 「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。 ☑いいえ	（負傷したとき）	☐通勤途中だが長時間買物した帰り　☐業務中　☑休日　☐通勤途中　☐私用外出中	☐その他（　）	

委任・照会・振込み口座に関する同意欄

☑ 私は、療養費（あんま・マッサージ）申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、療養費（あんま・マッサージ）請求に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。

☑ 他の給付金同様、療養費（あんま・マッサージ）の振込口座は給与口座を希望します。　※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの手続きが簡単です。

☐ 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。　注2）給与口座情を希望した場合は☑不要です。
注1）口座情報の反映には登録から時間

給与口座を利用する場合は記入不要

銀行・信組 金庫・農協	口座番号	口座名義	フリガナ
（金融機関コード）　（店番号）　☐当座			

平成・令和　1 年 5 月 2 日	自：令和　1 年 5 月 2 日　～　至：令和　1 年 5 月 30 日	16 日	新規・継続

傷病名または症状	子宮体癌	転帰
		継続・治癒・中止・転医

マッサージ				
躯幹	円 ×	回 ＝	円	摘要
右上肢	円 ×	回 ＝	円	浮腫が強いため
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	円 ×	回 ＝	円	
往療料　4km超	円 ×	回 ＝	円	
費用額計	円			

施術日 ※通院○、往療◎記入　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

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. 出張専門施術者所在地

令和　1 年 5 月 30 日

（住所）〒 138 － ○○○○
東京都千代田区五番町○○－●-△

免許登録番号
123456　あんま・マッサージ・指圧師

（電話）03 （6238） ○○○○
（氏名）指摩　圧師

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
	医意　師同	名称　医意○○整形外科 所在地　東京都千代田区五番町○○－△△	令和 1 年 5 月 1 日	子宮体癌	5/2～7/31

申請書に保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類（①②）両方必要です。
①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し
②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し