

常務理事	検印	担当

記入例

決定年月日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1 2 3

退職者(申請者)記入用

記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 9 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 昭和 平成 令和	3 2 年 0 9 月 1 0 日
	氏名	(フリガナ) ケン ボ タ ロウ 健保太郎			
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町			
	電話番号 (日中の連絡先)	☎ 012 (345) 6789 △△番 △△号 △△			
	<input checked="" type="checkbox"/> パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(□ に✓を入れてください)				

チェックシート (注) 申請前に必ずチェックを行ってください。

- 「領収書」の原本は、施術日毎に1枚、あるいは1ヵ月単位の場合は施術日が全て記載され、宛名は受診者のフルネームが記載されていますか？
- 「同意書」の原本について
＜初めて申請される場合＞
筋麻痺・片麻痺・関節拘縮・筋委縮等で医療上のマッサージが必要と判断された同意書ですか？
※ 単なる肩こり、疲労回復、慰安等、本人の希望により書いてもらった同意書は対象になりません
＜長期治療の場合＞ 6ヵ月毎に同意書を提出されていますか？
- 2枚目の施術者(あんま・マッサージ指圧師)記入欄に記入漏れはありませんか？
- 今回の申請が、工作中、通勤途中、相手のいる事故等ではないですか？
- 3枚目の給付金振込口座を確認済ですか？ 任意継続被保険者あるいは特例退職被保険者の方は記入不要です。

健保受付印

健保記入欄

健保記入欄

円

今回の申請は、工作中、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

1. 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者	氏名	健 保 太 郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 令和	年 月 日 3 2 0 9 1 0
2. 傷病名	脳内出血、四肢麻痺			3. 発症または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 3 0 3 0 5
4. 傷病の原因および その経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ <input type="checkbox"/> 3. 不明 <input type="checkbox"/> 4. その他	(原因及び経過を具体的に) 脳出血で片麻痺となり、かかりつけの医師に医療上 必要とのことで指示された				
5. 施術した場所(健保に届出している住所と異なる場合に記載)						

施術者記入欄です
施術者へご依頼をお願いいたします

給付金は任意継続被保険者、特例退職被保険者へ加入時に記入いただいた被保険者本人の口座へ振込となります。ただし、被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、下記の振込先を記入ください。

① 振込先の確認	現在の状況について、お尋ねします。	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)
	<input type="checkbox"/> 1. 在職中	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中	預	任意継続、特例退職へ加入中の方は記入不要	
	<input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日脱退	口		
「3」に該当する方のみ、 ②をご記入ください	公金受取口座	上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>		

※ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄(戸籍謄本、住民票等)が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【「領収書」原本貼付】

施術を受けた「領収書」の原本を、内容がわかるように重ねずにしっかりとはずれないようにお貼り願います。貼付枠が足りない場合はコピーあるいはA4白紙用紙へお貼り願います。

健保 太郎 様	領収書	No: 00012345
¥ 5, 4 0 0 -		
但 施術料として 令和4年10月9日 上記正に領収いたしました		
〇〇鍼灸マッサージ院 院長 〇〇 □□ 印 〇〇県 ×× 市△△1-2-3 電話: 00-1234-5678		

健保 太郎 様	領収書	No: 00012345
¥ 5, 4 0 0 -		
但 施術料として 令和4年10月16日 上記正に領収いたしました		
〇〇鍼灸マッサージ院 院長 〇〇 □□ 印 〇〇県 ×× 市△△1-2-3 電話: 00-1234-5678		