

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  
被保険者(申請者)記入用

記入日 令和 6 年 5 月 10 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 ■ 昭和 □ 平成	5 2 0 9 1 0
	氏名	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健保太郎	電話番号(日中の連絡先) ☎ 012 ( 345 ) 6789		
	住所	〒 〇〇〇 〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町 △△番 △△号			

給付金の受領を事業主へ委任します。また、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。また、支給申請書は人事手続き窓口にご提出ください。

- 被保険者確認欄
- 受療した日にちが確認でき、受診者の氏名が明記されている領収書の原本を貼付していますか？
  - 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
  - 施術者(はり師・きゆう師)記入欄に記入漏れはありませんか？

再同意の場合は、「施術報告書(コピー)」の提出も必要となります。

事業主確認欄  
事業所記入欄  
被保険者は記入しないでください

事業主証明欄	ご申請内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、 貴健保組合との間で定められている所定方法で受け取ります。	本件問合せ連絡先
	事業所所在地	事業所記入欄 被保険者は記入しないでください
	事業所名称	
	事業主(代理人)	
	事業所コード( )	

健保受付印

健保記入欄	SEQ	本人・家族	請求年月		施術日	元 金額		支給決定金額	
		本・家	年	月	日	千	円	千	円
		本・家							

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

1

1. 被保険者  
2. 被扶養者

氏名

健保太郎

生年月日

1

1. 昭和  
2. 平成  
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 平成  
 令和年 月 日  
0 3 0 3 0 54. 傷病の原因および  
その経過(詳しく)

1

1. 病気  
2. ケガ  
3. 不明  
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)

被保険者記入欄

施術者記入欄です

施術者へご依頼をお願いいたします

