

| | | | |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 被 保 険 者 証 | (記号) | (番号) | 事業所の名称 |
| 被保険者の氏名 | | | 生 年 月 日 1.昭和 2.平成 年 月 日 |
| 申請が被扶養者に関するとき | (被扶養者の氏名) (続柄) | | 生 年 月 日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 |
| | | | 扶養認定日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 |
| 傷病名と発病または負傷の原因及び経過 | 傷病名 | (どこで、何をしている時に、どうなったか等具体的に記入してください) | 発病または負傷の年月日 令和 年 月 日 |
| | 原因 | | 通勤(帰宅)途中・業務中・休日・他 |
| 施術を受けた施術所 | 名称 | 施術者の氏名 | 第三者(他人)によるものですか |
| | 所在地 | | |
| 施術の期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 のうち (日間) | 施術費用 | 円 |

住所 〒 -

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 電話番号(日中の連絡先) ()

パレット健康保険組合 理事長殿 被保険者氏名(申請者)

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

| | | |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | 被保険者氏名(申請者) |
| | 令和 年 月 日 | 受領代理人氏名 (会社が受領代理人として届出ている人) |

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込みいたしますので、記載は不要です。)

| | | | | | | |
|--------|---|------------|------|----------|------|--|
| 退職者記入欄 | <input type="checkbox"/> 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。) ※口座情報の反映には日数を要します。 | | | | | |
| | 金融機関コード | 支店コード | フリガナ | | | |
| | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 | 支店名 | 本店 支店 | 口座名義 | |
| 振込先 | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | |

| 施術者記入欄 (※受けている施術所で記入) | 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 | 転帰 |
|--------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|------|-------|
| | | 令和 年 月 日 | (自) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 年 月 日 | 日 | 新規・継続 |
| | 傷病名または症状 | | | | 摘要 |
| | マッサージ | 円× 局所× 回= | 円 | | |
| | 変形徒手矯正術 | 円× 肢× 回= | 円 | | |
| | 温電法 | 円× 回= | 円 | | |
| | 温電法・電気光線器具 | 円× 回= | 円 | | |
| | 往療料 4kmまで | 円× 回= | 円 | | |
| | 往療料 () km | 円× 回= | 円 | | |
| | 施術報告書交付料 前回支給(年 月分) | 円× 回= | 円 | | |
| | 合計 | | 円 | | |
| | 施術日 通院○ 往療◎ | 月 01 02 03 04 05 06 07 08 09 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。 住所 〒 | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | あんまマッサージ指圧師 氏名 電話 () | | |

| | | |
|-------|---|-------|
| 添付書類 | ・医師の同意書(原本) マッサージは初診時および初診日以降6か月毎、変形徒手矯正術は1か月毎に必要です。 ・施術報告書(写し) 再同意の際、6か月毎に必要です。 ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(原本) 初療日から1年以上経過かつ月16日以上施術がある場合に必要です。 | 受付日付印 |
| ■注意事項 | 暦月ごと受診者ごとに1枚必要です。 | |

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

【個人情報保護法への取り組みについて】
本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

| | | | | |
|-------|-------|----------------|--------|----------|
| 健保記入欄 | 資格取得日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 |
| | 申請額 | 円 | 法定給付 | 円 |
| | 査定額 | 円 | 付加給付 | 円 |
| | 一部負担金 | 円 | 指定公費 | 円 |
| | | | 受付No. | |
| | | | 医師同意期間 | |
| | | | 支給決定額 | 円 |

| | | | |
|--------------------|--|---|----------------------|
| 被保険者証 | (記号) (番号) 000 — 1234567 | 事業所の名称 | ABC株式会社 |
| 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | 生年月日 | 昭和2.平成 46年 1月 5日 |
| 申請が被扶養者に関するとき | (被扶養者の氏名) (続柄) | 生年月日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 |
| | | 扶養認定日 | 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 |
| 傷病名と発病または負傷の原因及び経過 | 傷病名 | 脊柱管狭窄症・変形性膝関節症 | 発病または負傷の年月日 |
| | 原因 | (どこで、何をしていた時に、どうなったか等具体的に記入してください) 立ち上がろうとした時に足が痛み、しびれがあった | |
| 施術を受けた施術所 | 名称 | 〇△治療院 | 第三者(他人)によるものですか |
| | 所在地 | 東京都豊島区〇〇丁目〇番〇〇〇-〇 | |
| 施術の期間 | 令和 4年 12月 1日 から 令和 4年 12月 31日 のうち (5 日間) | 施術費用 | 0,000円 |

上記のとおり申請します。

住所 〒 000-3333
東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123

令和 5年 1月 6日
パレット健康保険組合 理事長殿

電話番号(日中の連絡先) 080 (0000) 1111

被保険者氏名(申請者) 健保 太郎

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

| | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------------|--------|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を 代理人に委任します。 | 被保険者氏名(申請者) | 健保 太郎 |
| | 令和 5年 1月 6日 | 受領代理人氏名 (会社が受領代理人として届出ている人) | 事業主 記入 |

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込いたしますので、記載は不要です。)

| | | | | |
|--------|---|------------|------|----------|
| 退職者記入欄 | <input type="checkbox"/> 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。) ※口座情報の反映には日数を要します。 | | | |
| | 金融機関コード | 支店コード | フリガナ | |
| | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 | 支店名 | 本店 支店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |

| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 | 転帰 |
|--|--|--------|--------|-------------|
| 令和4年11月1日 | (自) 令和4年12月1日 ~ (至) 令和4年12月31日 | 5日 | 新規(継続) | 継続・治癒・中止・転医 |
| 傷病名または症状 | 脊柱管狭窄症・変形性膝関節症 | | | 摘要 |
| マッサージ | 000円× 5局所× 5回= | 0,000円 | | |
| 変形徒手矯正術 | 円× 肢× 回= | 円 | | |
| 温電法 | 000円× 5回= | 0,000円 | | |
| 温電法・電気光線器具 | 円× 回= | 円 | | |
| 往療料 4kmまで | 円× 回= | 円 | | |
| 往療料 () km | 円× 回= | 円 | | |
| 施術報告書交付料 前回支給(年月分) | 円× 回= | 円 | | |
| 合計 | | 0,000円 | | |
| 施術日 通院○ 往療◎ | 12月 01 02 03 04 05 06 07 08 09 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。 住所 〒 令和 年 月 日 あんまマッサージ指圧師 氏名 電話 () | | | | |

| | |
|-------|--|
| 添付書類 | ・医師の同意書(原本) マッサージは初診時および初診日以降6か月毎、変形徒手矯正術は1か月毎に必要です。 |
| | ・施術報告書(写し) 再同意の際、6か月毎に必要です。 |
| | ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(原本) 初療日から1年以上経過かつ月16日以上施術がある場合に必要です。 |
| ■注意事項 | 暦月ごと受診者ごとに1枚必要です。 |

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において 2023.10
知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、
第三者に提供することはありません。

| | | | | | |
|-------|-------|----------------|-------|----------|---|
| 健保記入欄 | 資格取得日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 | |
| | 申請額 | 円 | 法定給付 | 円 | |
| | 査定額 | 円 | 付加給付 | 円 | |
| | 一部負担金 | 円 | 指定公費 | 円 | |
| | | | | 受付No. | |
| | | | | 医師同意期間 | |
| | | | | 支給決定額 | 円 |