

被保険者 療養費支給申請書(はり・きゅう・あんま・マッサージ用)  
被扶養者

(この申請書に添えなければならない書類)

- ① 保険医の同意書(原本) ※治療が継続する場合、6カ月ごとに提出してください。
  - ② 領収書(原本)
  - ③ 施術内容が確認できる書類(施術内容明細書又は施術所作成の書類)
  - ④ 往療状況(計算の明細・理由等)が確認できる書類
  - ⑤ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
- ※④⑤については、該当する場合のみ提出してください。

|                         |  |  |                       |
|-------------------------|--|--|-----------------------|
| 健康保険被保険者<br>証の記号と番号     | 記号   | 被保険者の  |                       |
|                         | 番号   | 氏名   |                       |
| 被保険者の住所                 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 丁目、番地、アパート名等詳細に記入してください。 |  |                       |
| 電話番号                    | -  | -  |                       |
| 事業所の名称                  |  |  |                       |
| 傷病名                     |  | 発病又は負傷の<br>年月日   | 年 月 日                 |
| 発病又は負傷の原因               |  |  |                       |
| 傷病の経過                   |  |  |                       |
| 仕事中又は第三者行為<br>による傷病ですか? | <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> いいえ   | <input type="checkbox"/> 仕事中(業務上・通勤途上) <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) |                       |
| 施術を受けた者の<br>氏名          |  | 生年月日   | 年 月 日<br>被保険者<br>との続柄 |
| 施術期間                    | 年 月 日から 年 月 日まで 日間   |  |                       |
| 施術日                     | ( )月 ※施術を受けた日付に○を付けてください。  |  |                       |
|                         | 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  |  |                       |
| 施術に要した<br>費用の額          | 円  | 公費負担の適用  | あり(自己負担 割) ・ なし       |
| 施術の内容                   |  |  |                       |
| 施術所名<br>住所及び施術者名        | 名称   |  |                       |
|                         | 住所   |  |                       |
|                         | 施術者名   |  |                       |

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。  
 被保険者のマイナンバー記入欄

|           |  |    |             |
|-----------|--|----|-------------|
| 銀行保<br>険者 | <input type="checkbox"/> マイポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。)<br>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 |    |             |
|           | 銀行   | 本店 | 普通 口座番号 ( ) |
|           | 金庫   | 支店 | 口座名義 ( )    |
| 農協        | 出張所  |    |             |

|                                 |             |   |       |  |     |  |   |   |    |  |
|---------------------------------|-------------|---|-------|--|-----|--|---|---|----|--|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>処<br>理<br>欄 | 支給金額        | ¥ | 常務理事  |  | 事務長 |  | 係 |   | 確認 |  |
|                                 | 款項目         |   | 取得    |  | 喪失  |  | 年 | 月 | 日  |  |
|                                 | 支給決定<br>年月日 |   |       |  |     |  | 年 | 月 | 日  |  |
|                                 | 支払<br>年月日   |   | 受付日付印 |  |     |  |   |   |    |  |
|                                 | 支給額計算       |   |       |  |     |  |   |   |    |  |
| 備考                              |             |   |       |  |     |  |   |   |    |  |