

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 証の記号と番号	記号 番号	被保険者の 氏名と印	(印)																												
被保険者の住所	〒□□□□□□□□ 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 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 による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <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) <input type="checkbox"/> いいえ																														
施術を受けた者の 氏名		生年 月 日	年 月 日	被保険者 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 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 住所及び施術者名	名称		住所																												
	施術者名																														

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備考	
----	--

被保険者 銀行口座	銀行 本店 () 名義) 金庫 支店 農協 出張所 普通 口座番号 ()
--------------	--

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