

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書(はり・きゅう・あんま・マッサージ用)

(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。

被保険者等 記号・番号	記号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 																												
	番号																													
被保険者氏名	(フリガナ)						生年 月 日	年 月 日																						
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	- -																													
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																		
傷病名						発病又は負傷の 年 月 日			年 月 日																					
発病の原因																														
傷病の経過																														
仕事中又は第三者行為 による傷病ですか？	☐ はい ⇒ ☐ 仕事中(業務上・通勤途上) ☐ 第三者行為(交通事故等) ☐ いいえ																													
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
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																													

銀 被 行 保 口 險 座 者	☐ マイナ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。) 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 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										