

被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書

はり・きゅう
あんまマッサージ

(令和〇年〇〇月分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記号	〇 〇 〇	番 号	△ △ △ △	添付書類はクリップで留めてください				
	氏 名	健 保 太 郎			事 業 所 名	〇〇〇〇株式会社			
	住 所	〇〇〇〇〇〇1-1							
	申 請 対 象 者 氏 名	健 保 花 子			申 請 対 象 者 生 年 月 日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	傷 病 名	神 經 痛			発 病 ・ 負 傷 の 年 月 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	発 病 ・ 負 傷 の 状 態 ・ 原 因	坐骨神経痛によるしびれや痛み 第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい ・ いいえ							
	施 術 の 内 容	はり きゅう あんま マッサージ							
	施 術 を 受 け た 施 術 所 名	名 称	〇〇鍼灸院						
		所 在 地	〇〇市〇〇町2-2						
	施 術 を 受 け た 期	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日			〇 日間	施 術 に 要 し た 費 用	〇〇,〇〇〇 円		
同 意 ・ 委 任	この療養費支給申請書に不明な内容が認められた場合、療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。なお、この同意は写しも有効とします。 また、この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。 被保険者氏名								
委 任	事業所代理人氏名								

※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

申請内容	必要な書類
1 はり・きゅう	① 施術証明書(原本) ② 領収書(原本)
2 あんまマッサージ	③ 医師の同意書(原本) *初回及び6カ月ごとに必要(継続の場合) *変形徒手矯正術の場合は毎月必要

受付日付印

被保険者証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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	伺 年 月 日		常 務 理 事	事 務 長		係
			支 給 年 月 日					
	支 給 期 間	年 月 日 から 年 月 日 日間						
	区 分	はり・きゅう あんまマッサージ						