

下記により申請します

*(該当○印)

被保険者

被扶養者

(あんま・マッサージ・はり・きゅう)

療養費支給申請書

| | | | |
|------------------|-----------------|----|----------|
| 被 保 険 者 | 事業所の名称 および部署 | | 部署 内線 |
| | 保険証 記号・番号 | 記号 | 番号 |
| | フリガナ 氏 名 | | |

ご確認ください

消えないボールペンで記入ください。

◎申請をする場合は、個人・治療院・施術月毎に1枚記入し、「施術内容の記載された明細書」「保険医の同意書」「領収明細書(原本)」を添付してください

◎外傷の場合は別紙の「外傷原因届」、第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください

| | | | |
|---|---|----------------|-------------|
| 受診者が被扶養者の場合のみ記入 | 被扶養者の氏名 | 被扶養者の生年月日 | 被保険者との続柄 |
| | 昭 平 令 年 月 日 | | |
| 傷病名 | 発病(負傷)の年月日 | 傷病の原因 | |
| | 平・令 年 月 日 | | |
| 傷病の経過概況等 (今回申請する月の傷病の概況・現在までの傷病の経過等) | | | 受診時点の受診者の年齢 |
| ※必ず記入して下さい。 | | | 歳 |
| 施術又は手当の内容 | | | |
| | | | |
| 施術又は手当を受けた医師等の住所氏名 | | | |
| | | | |
| 診療を受けた期間(今回の申請期間) | | 申請する金額(領収書の金額) | |
| 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 (日間) | | 円 | |
| * (該当○印) 療養の給付を受けることが出来なかった理由 | ア. はりきゅう の施術を受けたため イ. あんま マッサージの施術を受けたため | | |
| 今回の申請の費用について、市区町村の医療費助成(乳児・福祉医療等)を受けますか | * (該当○印) | 受ける | ・ 受けない |
| 第三者の行為によって負傷したものですか | * (該当○印) | はい | ・ いいえ |
| 振込銀行 | 銀行 | 支店 | |
| 普通預金口座番号 | No. | | |
| 名 義 (必ず被保険者名義の口座を記入して下さい。) | フリガナ | | |

<健保記入欄>

| | | | | | |
|-----------|----------|------|-------|-------|---------|
| 同年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| あんま・マッサージ | はり・きゅう | | | | |
| 本人 | 高齢1割 | 高齢2割 | 高齢3割 | 家族 | 義務教育就学前 |
| 支給額 | 円 | | 疾病コード | | |
| | | | 資格取得 | 年 月 日 | |
| | | | 資格喪失 | 年 月 日 | |