


健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 療養付加金
【はり、きゅう、あんま、マッサージ用】

被保険者記入欄

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。
※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。



① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
	3001	2	健保 花子 	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 35 年 12 月 1 日
② 被保険者の現住所	〒 163 - 〇〇〇〇 東京都新宿区〇〇		日中連絡の取れる電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
③ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)	④ 事業所名称		株〇〇	
⑤ 受診者が被扶養者 のときは、その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	続柄
⑥ 傷病名	脳梗塞		発病又は負傷の原因及びその経過	不詳
⑦ 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 26 年 4 月 頃 日		⑧ 施術に要した費用の額	4620 円
⑨ 施術を受けた月日	H30.4月 1 2 3 4 5 ⑥ 7 8 9 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 18 19 ⑭ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 (*施術を受けた日に○、往療を受けた日に◎をしてください。)			
⑩ 施術を受けた施術所	名称	所在地	施術者氏名	
	〇×鍼灸院	東京都新宿区××	不動産 太郎	
⑪ 施術した部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input checked="" type="checkbox"/> 右肩 <input checked="" type="checkbox"/> 左肩 <input checked="" type="checkbox"/> 右腕 <input checked="" type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 胸部 <input checked="" type="checkbox"/> 腰 <input checked="" type="checkbox"/> 右足 <input checked="" type="checkbox"/> 左足 <input checked="" type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> その他()			
⑫ 施術内容	<input type="checkbox"/> はりをうけた <input type="checkbox"/> 電気針をうけた <input type="checkbox"/> きゅうをうけた <input type="checkbox"/> 電気灸器をうけた <input type="checkbox"/> はり・きゅうの両方をうけた <input type="checkbox"/> 電気針・電気灸器の両方をうけた <input checked="" type="checkbox"/> マッサージをうけた <input type="checkbox"/> その他の施術をうけた()			
⑬ 同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名
	東京 次郎	東京都新宿区〇×	H30.4.4	脳梗塞
⑭ 第三者の行為による 負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		第三者の行為によって負傷した事実を 東京不動産業健康保険組合に	<input type="checkbox"/> 届出した <input type="checkbox"/> 届出していない

[添付書類]

- 1 施術を受けた日の領収書原本を添付してください。(受診者のフルネームが記載されたもの)
- 2 施術内容のわかるもの(施術内容明細)を添付してください。
- 3 施術を受ける場合は必ず医師の同意を受け、医師の「同意書」を添付してください。

振込先金融機関の欄

*被保険者以外の方の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」にご記入・押印してください。
(被保険者印(★)、代理人印(☆)はそれぞれ別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	〇×	(店番号) 100	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。 (※はり、きゅう、あんま、マッサージ師等には委任できません。)					
	銀行・金庫	××		本店	支店				
預金種別	普通・当座		被保険者(請求者)	(住所)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ				
口座番号 (左づめでご記入ください)	1	2	3	4	5	6	7	(氏名)	
口座の名義人 (カタカナでご記入ください)	ケンポ ハナコ		被保険者と代理人との関係	配偶者・親子					
			代理人(口座の名義人)	(住所)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ				
			(氏名)						

[注意事項]

- 1 他の医療機関・柔整・はり・きゅう・あんま・マッサージとの併給はできません。
- 2 暦月ごと、この申請書を記入してください。(はり、きゅう、あんま、マッサージ、それぞれ申請書が必要です。)
- 3 第三者の行為による負傷の場合は、必ず「第三者行為による傷病届」を一緒にご提出ください。