

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】

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。
 A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -		日中連絡の取れる電話番号 TEL ()	
③ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は、不要です		④ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
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 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄
⑥ 傷病名	発病又は負傷の原因及びその経過			
⑦ 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		⑧ 施術に要した費用の額	円
⑨ 施術を受けた月日	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 月 (※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	
⑪ 施術した部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足 <input 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 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
⑭ 第三者の行為による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input 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	
⑮ 振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	受取代理人の欄	
	銀行・金庫	(店名)	本店 支店	
	預金種別	普通・当座	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。)	
口座番号		被保険者(請求者) (住所) (氏名)		
口座名義	(カタカナでご記入ください)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)		

[注意事項]

- ※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。
- ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所には被保険者のサイン(氏名)をご記入ください。
- ※個人・暦月・施術所ごと、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。)

【提出書類】（提出する前に改めてご確認ください。）

(1) 健康保険 被保険者・家族 療養費・療養付加金支給申請書
(はり・きゅう、あんま・マッサージ用)

(2) 添付書類(①～⑥は、毎回必ず必要となります。)

- ①領収書(原本)
- ②施術内容明細書(原本)
- ③往療状況確認表(原本)
- ④同意書(原本)
- ⑤施術報告書(写し)
- ⑥施術継続理由、状況記入書(原本)

【注意事項】

- ・施術内容の点検等は、ガリバーインターナショナル(株)に業務委託を行っております。
- ・照会文書の一部は、ガリバーインターナショナル(株)にて発送、回収をさせていただきます。
- ・照会文書の発送は、申請(当健保組合受付)から約1ヶ月後となります。
- ・支払いの時期は、おおよそ申請の3ヶ月後になります。
- ・領収書は、受診者の氏名(フルネーム)が記載されているもの。
- ・同意書は、医師より入手してください。
- ・再同意の場合であっても、施術には同意書(原本)が必要となります。
- ・往療にて受療された場合には、必ず往療状況確認表を添付してください。
- ・継続して1年以上、月16回以上施術を受けている場合は、施術継続理由、状況記入書が必要となります。
- ・医療機関の診療・柔道整復師の施術・はり・きゅうの施術は併給できません。