

# 健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書 家 族 療 養 付 加 金

**必ずご確認ください**

【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。

**記入例**

## 被保険者記入欄

① 被保険者の	記号 3001	番号 2	氏名 健保 花子	生年月日 <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 〇
③ 個人番号 (マイナンバー)	(※①欄/記号番号記入の場合は、)			
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	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 type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年4月頃日		⑧ 施術に要した費用の額	6200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 RO.4月 日に○をしてください。)			
⑩ 施術を受けた施術所	〇×鍼灸院	東京都利根区入	不動産 太郎	
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 checked="" type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰 <input checked="" 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"/> はりを受けた <input type="checkbox"/> 電気灸を受けた <input type="checkbox"/> きゅうを受けた <input type="checkbox"/> 電気灸器を受けた <input type="checkbox"/> はり灸器の両方を受けた <input checked="" type="checkbox"/> マッサージを受けた ( )			
⑬ 同意記録	同意医師の氏名 東京 次郎	住所 東京都新宿区〇×	同意年月日 令和〇年4月4日	傷病名 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	
⑮ 振込先指定口座	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 。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) (店名)	本店 支店	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。)
	被保険者以外を指定する場合は、こちらをご記入ください はり、きゅう師には委任できません		被保険者(請求者) (住所) (氏名)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他( )
	口座名義		代理人(口座名義人) (住所) (氏名)	

**訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサインをご記入ください**

**添付書類、注意事項を必ずご確認ください**

**医師の同意書を参考にご記入ください**

### [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(①～②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ヶ月後となります。
- ・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。