

健康保険 療養費 支給申請書 (はり・きゅう、あんま・マッサージ用)

被保険者が記入してください。申請には添付書類が必要です。下の添付書類チェック欄をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	①保険証の 記号-番号	-		②氏名					③生年月日	昭和・平成 年 月 日					
	④住所	〒							⑤携帯 TEL *必ず記入してください						
給 付 金 受 取 口 座	*被保険者名義の口座に限ります。口座名義と被保険者氏名が一致しない場合は入金できません。 *婚姻等で氏名変更をした場合は、保険証の氏名変更手続きと金融機関での口座名義変更の手続きを終えてから申請してください。														
	金融機関 コード					支店 コード					普通 口座No.				
	金融機関名					支店名							口座名義 (カタカナ) *被保険者の氏名と一致していること		
		銀行 信金 その他()				本店 支店 出張所									
申 請 内 容	申請理由	医師の同意を得て、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けた。													
	⑦施術を 受けた者	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人)			<input type="checkbox"/> 家族の 氏名			<input type="checkbox"/> 家族の 生年月日			昭和・平成・令和 年 月 日				
	⑧傷病名							⑨発症日 *おおよそ	令和 年 月 日ごろ						
	⑩傷病の原因	<input type="checkbox"/> 仕事に負ったケガや仕事の原因でかかった病気ではない <input type="checkbox"/> 仕事や通勤途中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気である ⇒ 労災・通災の認定を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請しない													
	⑪第三者行為ですか。 (他の誰かによって負わされたケガや病気のこと。交通事故など、確実に相手に原因があるもの)							<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	⑫発症の状況 詳細	いつごろ		どこで			何をしていた								
	⑬通院していた /施術に同意し た医療機関	名称			所在地				担当医の氏名						
	⑭はり・きゅうの 施術を受けた 機関	名称			所在地				施術者の氏名						
	⑮施術を受け た期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで							日数 日						
	⑯施術の費用	実際に支払った額 円						診療の内容	はり・きゅう、あんま・マッサージの施術						
備 考															

添付書類チェック欄 (下記を必ず添付してください。添付がない場合は支給できません)

<input type="checkbox"/> 領収書の原本	はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けた際の領収書です。
<input type="checkbox"/> 医師の同意書	もともと通院していた整形外科等の医療機関に発行を依頼してください。申請 2 回目以降は 6 か月ごとに添付。
<input type="checkbox"/> はり・きゅう等 施術者の申請書	はり・きゅう、あんま・マッサージの施術者に発行を依頼してください。

受付印