被保険者 家族 療養費支給申請書 はり・きゅう あんまマッサージ （令和　年　月分）

添付書類はクリップで留めてください

被保険者が記入するところ	被保険者	記号・番号	記号				番号						
		氏名							事業所名				
		住所											
	申請内容について	申請対象者氏名							申請対象者生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			
		傷病名								発病・負傷の年月日	年　月　日		
		発病・負傷の状態、原因	第三者行為（交通事故など）によるものですか　※ はい ・ いいえ ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。										
		施術の内容	はり　きゅう　あんま　マッサージ										
		施術を受けた施術所名	名称										
			所在地										
		施術を受けた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日　日間							施術に要した費用	円		

この療養費支給申請書に不明な内容が認められた場合、療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。なお、この同意は写しも有効とします。

また、この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。

※任意継続被保険者は登録の口座へ振込します。

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請内容	必要な書類
1 はり・きゅう	1. 施術証明書(原本) 2. 領収書（原本） 3. 医師の同意書(原本) *初回及び６ヵ月ごとに必要(継続の場合) *変形徒手矯正術の場合は毎月必要
2 あんまマッサージ	

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

202411改

支給支払決議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	支給期間	年　月　日から　年　月　日　日間						
	区分	はり・きゅう　あんまマッサージ						