

伺 年 月 日	平成 年 月 日
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日
支 給 額	円
支 給 基 礎	

支 給 支 払 決 議 書			
理事長	常務理事	事務長	係員
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		
委任			
渡			

被 保 険 者 あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう療養費請求書  
 被 扶 養 者

(第 回目)

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	.	被 保 険 者 氏 名	印	
被 扶 養 者 の と き は そ の 氏 名		生 年 月 日	生	続 柄
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因	いつ・・・ どこで・・・ どのようにして・・・		回復への見込	ヵ月程度
第 三 者 の 行 為 に よ り ま す か	はい ・ いいえ ↳ 別途届け出が必要	業 務 中 に 発 生 し た も の で す か	はい ・ いいえ	
療 養 を 受 け た 院 施 術 術 院	名称 所在地			
同 意 を し た 医 師	医院名・医師名			
施 術 を 受 け た 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 日間			
施 術 を 受 け た 部 位				
施 術 日	年 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 ・ 11 ・ 12 ・ 13 ・ 14 ・ 15			
(通院○往診◎)	月 16 ・ 17 ・ 18 ・ 19 ・ 20 ・ 21 ・ 22 ・ 23 ・ 24 ・ 25 ・ 26 ・ 27 ・ 28 ・ 29 ・ 30 ・ 31			
施 術 に 要 し た 費 用	円	療 養 費 請 求 額	円	
上記金額の受領を 委任します また申請する療養費について支給決定をするための調査が必要な場合、健保組合が主治医、施術師に照会することに同意します 平成 年 月 日 被 保 険 者 の 氏 名 印				

<添付書類>

- ①領収書（原本）
- ②施術内容の明細（療養費申請書はりきゅう用）
- ③医師の同意書（原本）※同意書は6か月に1度以上の提出が義務付けられています

<注意事項>

※保険適用は慢性病であって、医師による適当な治療手段のないものが対象です

所属事業所	