

同 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 施 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 委任する。				
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3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、医師による適切な治療手段のないものが対象です

所属事業所	