

あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう療養費申請書

被保険者等 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		

療養を受けた方

フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日生															被保険者との続柄() ※子の場合は、長男、次男、のように記入				
傷病名																				
発病、負傷の原因 およびその経過																				
第三者の行為に よりますか	いいえ ・ はい →別途届出（第三者行為に関する傷病届）が必要です。																			
同意をした医師	医院名・医師名																			
療養を受けた 施術所	名称																			
	所在地																			
施術を受けた部位																				
施術月日 (通院○往診◎)	年		月分		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	合計		日間		
施術に要した費用	円										療養費請求額							円		
上記金額の受領を右記のものに委任します。 委任者																				
下記□を確認✓																				
<input type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。																				
<input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。																				
令和 年 月 日 被保険者氏名																				

<添付書類>

- ①領収書（原本）
- ②施術内容の明細（鍼灸院発行の療養費申請書）
- 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。

事業所確認	

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者