

同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 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  
被扶養者

あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう療養費申請書

(第 回目)

被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名	①																			
被扶養者のときは その氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生	続柄															
発病または 負傷の原因	いつ頃から・・・ どのようにして・・・										回復への見込 か月程度											
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											
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 に委任します。 この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。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 ①																						

<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、医師による適切な治療手段のないものが対象です。

事業所確認	