

記入例

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（はり・きゅう）
（あんま・マッサージ）

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付すること

被 保 険 者 記 入 欄				他者によるものか		☐ はい ☒ いいえ	
被保険者等 記号・番号		1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0		他者の行為による場合(事故等)		どのような状況で	
資格取得年月日		平成2年 4月 1日		同意医師 氏名 伊司 太郎 医療機関名 伊司医院 住所 東京都千代田区2-2-2 同意書の日付 令和5年 9月 2日 同意書を使用して受療した回数 2回		委 任 欄 記載内容にて請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を下記事業主に委任します。 被保険者 住所（建物名、部屋番号まで記入） 令和5年 10月 28日 埼玉県さいたま1-1-1さいたま荘202号室 被保険者 氏名（自署）※P C入力の場合、押印要 健保 太郎	
対象者		☒ 被保険者 ☐ 被扶養者					
被扶養者のとき	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
療養給付を受けられなかった理由		☒ はり・きゅう・あんま・マッサージ治療によるもの					
傷 病 名		頸腕症候群		事 業 主 記 入 欄 内容に相違ないことを証明する。 令和5年 11月 1日			
発病又は負傷の年月日		平成25年 10月 15日		事業主 名称 日通〇〇運輸株式会社			
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、どのようにして)		※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。 長年にわたり同じ姿勢での生活状況と運動不足が原因と思われる。		事業主 氏名 日通 一郎			
				N X グループ健康保険組合記入欄			
入院、通院の別		☐ 入院 ☒ 通院		整 理 番 号			
施術を受けた期間・日数		令和5年 10月 3日 ~ 令和5年 10月 29日 (3日間)		金 額		(数式等)	
傷病の経過及び手当の内容		首から手にかけてしびれがありはり灸、電気光線器具の治療を受ける。		決 定		円	
診療・手当に要した額		4,932円				円	
施術をした施術所、施術者		住 所 東京都港区1-1-1 施術所名 港治療院 施術者氏名 港 太郎				法定給付額 円	
				内 訳		付加支給対象額 円	

* 学校(高校生以下の方が対象)で負傷し「災害共済給付制度」を利用された場合は「公費医療費助成届」の提出をお願いします。