

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		
被保険者証 記号・番号	—	他者の行為による場合(事故等)		□はい □いいえ		
資格取得年月日	年 月 日	どのよう な状況で				
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者					
被扶養者 のとき	氏 名	同 意 記 録	同意医師 氏名			
	生年月日		医療機関名			
	続 柄		住所			
療養給付を受けられな かった理由			同意書の日付 年 月 日			
傷 病 名	<input type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ治療によるもの	同意書を使用して受療し た回数 回				
発病又は負傷の年月日	年 月 日	記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。				
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。	年 月 日				
		被保険者 住所 被保険者 氏名				
事 業 主 記 入 欄						
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	事業主 名称				
施術を受けた期間・日 数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	事業主 氏名				
傷病の経過及び手当の 内容		N X グループ健康保険組合記入欄				
診療・手当に要した額	円	整 理 番 号		(数式等)		
施術をした施術所、 施術者	住 所	決 定	金 額		円	
	施術所名		内 訳	法定給付額		円
	施術者氏名			付加支給対象額		円