

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、レセプト、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)		どのような状況で			
資格取得年月日		年 月 日		同意記録		同意医師 氏名			
対象者		☐ 被保険者 ☐ 被扶養者				医療機関名			
被扶養者のとき	氏 名					住所			
	生年月日	年 月 日				同意書の日付		年 月 日	
続 柄				同意書を使用して受療した回数		回			
療養給付を		☐ はり・きゅう・あんま・マッサージ治療によるもの		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。 年 月 日 被保険者 住所 被保険者 氏名					
傷 病 名									
発病又は負傷の年月日		年 月 日							
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。							
事 業 主 記 入 欄									
入院、通院の別		☐ 入院 ☐ 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					
施術をした施術所、 施術者		住 所 施術所名 施術者氏名		決 定		金 額		(数式等)	
						円			
						法定給付額		円	
				内 訳		付加支給対象額		円	