

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)

記入例 (あんま・マッサージ)

常務理事	エグゼクティブ	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		
被保険者証 記号・番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
資格取得年月日	平成2年 4月 1日	他者の行為による場合(事故等)		
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	どのような状況で		
被扶養者のとき	氏名	同意医師 氏名	伊司 太郎	
	生年月日	年 月 日	伊司医院	
	続柄	住所	東京都千代田区2-2-2	
療養給付を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> はり・きゅう・あんま・マッサージ治療によるもの	同意書の日付	令和5年 9月 2日	
傷 病 名	頸腕症候群	同意書を使用して受療した回数	2回	
発病又は負傷の年月日	平成25年 10月 15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。 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。	被保険者 住所	埼玉県さいたま1-1-1	
		被保険者 氏名	健保 太郎	
		令和5年 10月 28日		
事 業 主 記 入 欄		N X グループ健康保険組合記入欄		
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	事業主 名称	日通〇〇運輸株式会社	
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)	事業主 氏名	日通 一郎	
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。	N X グループ健康保険組合記入欄		
診療・手当に要した額	4,932円	整 理 番 号		
施術をした施術所、施術者	住 所	東 京 都 港 区 1 - 1 - 1	決 定	
	施術所名	港治療院		金 額 (数式等)
	施術者氏名	港 太郎		円
			法定給付額	円
			付加支給対象額	円