ＮＸグループ健康保険組合　理事長殿

店所名（支店コード）：

常務理事	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	シニアリーダー	リーダー	係

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）

※　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

被保険者等　記号・番号		――
資格取得年月日		年　月　日
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
	続柄	
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		
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。
入院、通院の別		□入院　□通院
施術を受けた期間・日数		年　月　日　～ 年　月　日　（　日間）
傷病の経過及び手当の内容		
診療・手当に要した額		円
施術をした施術所、施術者	住所 施術所名 施術者氏名	

他者によるものか		□はい　□いいえ
他者の行為による場合(事故等)	どのような状況で	
同意記録	同意医師　氏名	
	医療機関名	
	住所	
	同意書の日付	年　月　日
	同意書を使用して受療した回数	回

委任欄

記載内容の通り請求します。なお本申請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)　年　月　日

被保険者　氏名(自署)※PC入力の場合、押印要

事業主記入欄

内容に相違ないことを証明する。　年　月　日

事業主　名称

事業主　氏名

ＮＸグループ健康保険組合記入欄

整理番号			
決定	金額	（数式等）	
		円	
	内訳	法定給付額	円
		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。