

同	年	月	日	平成	年	月	日	常務理事	事務長		係		
支	払	年	月	日	平成	年	月	日					
* 支 払 決 議 書	支 給	支払額		拾	万	千	百	拾	円	摘 資 格 得 喪 要 備 考	年	月	日
		支 給 決 定 の 額	拾	万	千	百	拾	円	年		月	日	
	法定給付												
		付加給付											

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
 (はり・きゅう用)
 暦月単位で申請してください。

◎ 記入にあたって注意事項をよく読み2枚目の「施術内容(領収)明細書」とセットで提出してください。
 ◎ 「*」印欄は記入しないでください。
 ◎ 初回の申請には「医師の同意書」を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 生年月日		③ 被保険者(フリガナ)		印
	—		大昭平 年 月 日		(申請者)の氏名		
	④ 事業所の名称		所在地				
	⑤ 被保険者(申請者)の住所		〒 (フリガナ)		(電話番号)		
	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の		⑦ 氏名	⑧ 生年月日	大昭平 年 月 日	⑨ 被保険者との続柄	
	⑦ 傷病名		⑧ 発病または負傷年月日		年 月 日		
	⑨ 発病又は負傷の原因およびその経過		いつ・どこで・どうした)		⑩ 業務上、第三者の行為による傷病ですか? 1. 業務上 2. 第三者行為 3. いいえ		
	⑩ 加害者氏名						
	⑪ 施術期間		年 月 日 から 年 月 日まで				
	⑫ 鍼灸治療院より前に⑦の傷病等により診療を受けた診療所、病院(受診していない場合はその旨を記載してください)		名称		所在地		
⑬ 上記⑫での医師により診療を受けた期間		自 年 月 頃から	上記⑫での医師による治療内容(検査や投薬の有無など)				
⑭ 支払金融機関		銀行	本店	預金種別	1. 普通 2. その他		
口座番号		金庫・農協	支店	フリガナ			
				金融機関・支店CD			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者住所 (請求者) 氏名		印
	委任者と代理人との関係 ()		
	代理人の氏名と印	フリガナ	印
代理人の住所	郵便番号	フリガナ	

平成 年 月 日提出
 受付日付印