

伺	年	月	日	令和	年	月	日	常務理事	事務長		係		
支	払	年	月	日	令和	年	月	日					
* 支 払 決 議 書	支 給 額	支払額		拾万	万	千	百	拾	円	摘 資 格 得 喪 要 備 考	年	月	日
		法定給付	拾万	万	千	百	拾	円	年		月	日	
	支給決定の額	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。
◎ 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)		
	—	昭平令 年 月 日	(申請者)の 氏名	(印)	
	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	昭平令 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)			
	至 年 月 頃まで				
⑭ 支払金融機関	銀行	本店	預金種別	1. 普通 名義 2. その他	
	金庫・農協	支店	()	フリガナ	
	口座番号			金融機関・支店CD	

*未記入の場合は経費用口座へのお振込みとなります。ゆうちょ銀行については支店CDのかわりに5桁の記号を記入してください。

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。		令和 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	

令和 年 月 日提出
受付日付印