

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 支給 決議書	支払額	拾万 万 千 百 拾 円			
	支給決定の額	法定給付	拾万 万 千 百 拾 円	摘 資 格 得 喪	年 月 日 年 月 日
		付加給付		備 考	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)  
( マッサージ用 )

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)		
	—	大 昭 平 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	大 昭 平 年 月 日	⑨ 被保険者との続柄
	⑦ 傷病名または症状	⑧ 発病または負傷年月日 (施術開始日)		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 マッサージを受ける以前に⑦の症状(またはその原因となる傷病)により診療を受けていた診療所、病院について	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	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 -----		
	支店		2. その他 -----		
	口座番号		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  
-----  
交付日付印