

同 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 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		要 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「初回の申請には「医師の同意書」を添付してください。」
◎ 「*」印欄は記入しないでください。

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)		④ 事業所の名称		⑤ 被保険者(申請者)の住所		⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名		⑦ 傷病名または症状		⑧ 発病または負傷年月日		⑨ 発病又は負傷の原因およびその経過		⑩ 業務上、第三者の行為による傷病ですか?		⑪ 施術期間		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		⑬ 上記⑫での医師により診療を受けた期間		⑭ 支払金融機関					
	—		昭 平 令 年 月 日		(フリガナ)		所在地		〒 — (フリガナ) (電話番号)		⑦氏名		①生年月日 昭 平 令 年 月 日		②被保険者との続柄		()		1. 業務上 2. 第三者行為 3. いいえ		年 月 日 から 年 月 日まで		名称		自 年 月 頃から		1. 普通 2. その他					
					(申請者)の氏名																											

*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		◎	
	委任者と代理人との関係 ()			
代理人の氏名		フリガナ		
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