

記入見本

年 月 日 令和 年 月 日 常務理事 事務長 課長 担当

支  
払  
給  
  
決  
議  
書

**療養費④ (はり・きゅう、あんま・マッサージ)**

本人が記入するところ及び捺印箇所は、2箇所です。

(1) 被保険者が記入するところ (全て記入) (2) 受取代理人の欄 (被保険者)

添付書類：領収書 (原本)、保険医の同意書

施術内容がわかる明細書の原本 (施術者名、住所、捺印があるもの)

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)**  
 家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

※記号番号を記載した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		マイナンバー記載欄 (※)				生年月日							
	1-12345		捺印をお忘れなく				昭 平	○	○	0	1	0	1	
	被保険者の (申請者) 氏名と印		(フリガナ) マクドナルド 幕戸太郎				事業所 の		名称 (会社名) 所在地 (会社の住所)					
	被保険者の (申請者) 住所		郵便番号		(フリガナ) トウキョウトシンジュクニシシジュク				(電話番号)					
			163-0023		東京都新宿区西新宿1-2-3				03 (1234) 5678					
	療養が被扶養者に関す るときは、その者の		氏名		生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日生	
	傷病名		頸腕症候群								被保険者 との続柄		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	
			〇〇年10月ごろ										〇〇1010	
	傷病の原因及び 経過、傷病の原因 は？		(いつ：日時) 〇〇年10月ごろ (どこで：場所) 日常的に				(どのように：状況原因) 首や手足に違和感があった							
			①勤務時間中ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				③第三者加害ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (交通事故など)			
診療を受けた 病院等		名称		〇〇鍼灸院		診療した医師氏名		〇〇鍼灸師						
		所在地		東京都新宿区西新宿4-5-6										
診療の 期間 (支給期間)		自		〇〇0404		日数		入院・入 院外の別		入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用の額		
		至		〇〇0428		10		〇：入院外 1：入院		自 平・令 至 平・令		年 月 日 日間 25,000 円		
診療の 内容		はりによる治療				療養の給付を受けるこ とができなかった理由 ※該当に○をして下さい				1. 自費診療 (自費となった理由：) ② はり・灸・マッサージ 3. 治療用装具作成 4. 以前加入先健保喪失受診分 5. その他 ( )				

受 取 代 理 人 の 欄	上記に関する請求金の受領を下記代理人に委任します。	
	令和 〇〇年 5月 14日	捺印をお忘れなく
	住所 (被保険者) 東京都新宿区西新宿1-2-3 氏名 幕戸太郎	捺印
	所在地 (代理人) 名称 社 判	社 判 事業主が 押印します。
	氏名	

※任意継続被保険者の方のみご記入下さい。(支払金融機関の欄)

令和 〇〇年 5月 20日提出

支 払 金 融 機 関 の 欄	預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
	口座番号	口座名義		

受 付 日 付 印

《提出先》	日本マクドナルド(株)	本人 → SATO社会保険労務士法人 → 健康保険組合
	フランチャイズ	本人 → フランチャイズ会社 → 健康保険組合
	任意継続者	本人 → 健康保険組合