

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合	受付月日	整理番号	事業主側経由所属者
	【記入例】あんま・マッサージ			
	令年 月 日	円	区分	本人・家族・6歳 高齢一・高齢7 (該当に○印)
				入力受付No.

(被保険者
被扶養者)療養費支給申請書

被保険者番号	5 2 3 4 5 6 7	被保険者名 氏名	健 保 太 郎		
		生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 2 日生 満 54 歳		
被 保 険 者 所 住	〇〇県〇〇市▲▲町1-23-1		被 保 険 者 属 所	〇〇株式会社 〇〇支社 〇〇グループ	
被扶養者に係る 申請である場合、 該当者の氏名	健保 華子	生 年 月 日	昭和 平成 10 年 2 月 3 日 令和 満 26 歳	続柄	長女
傷 病 名	(医師の同意を受けた傷病名を記入)		傷 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 6 年 9 月 1 日 18時頃	
傷 病 の 原 因	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したかを記入	労働災害該当の有無 (業務上、通勤途上等)	無 ・ 有 ※「有」の場合は労災保険へ申請してください。		
傷 病 の 経 過	麻痺状態の部位について、かかりつけの医師から、医療上必要と指示されたため				
健康保険被保険者証を使用できなかった理由 (詳しく記入)	治療上必要な指圧治療院が医療機関ではないため、療養給付が受けられなかったため				
診 療 を う け た 病 院 等	所在地	〇〇県〇〇市◆◆町2-6-5		名 称	〇〇〇指圧治療院
				医師名	施術を担当した施術師の氏名
診 療 の 内 容	マッサージ治療				
診 療 の 期 間	自 令和 6 年 11 月 1 日 至 令和 6 年 11 月 31 日	2 日間	診 療 に 要 し た 金 額	¥ 2,800 別紙証ひょうのとおり	
第三者の行為 によって負傷 したとき	その届出の有無	第三者の氏名 及 住 所 (不明のときはその旨)			
	ある ・ ない				

(注)診療に要した費用の額に関する証ひょう書類を必ず添付すること。
(注)コルセット等装具の場合は、担当医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付すること。
(注)はり・きゅう・あんま・マッサージの場合は、別紙(療養費支給申請書)と同意書および領収書を添付すること。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考】