

健保
使用欄

支給決定及支払伺			療養費 支給額	円	支払 年月日
常務理事	事務長	担当者	第二家族療養費 支給額	円	令和 年
			内 訳		月 日

被保険者
被扶養者

「あんま・マッサージ用」

療養費支給申請書 A

<被保険者(申請者)記入用>

(令和 年 月分)

被保険者等 記号と番号	記号		被保険者の 氏名・生年月日	氏名			
	番号			生年月日	昭和・平成	年	月
被保険者の 住所	(〒 -)			TEL	()		
				※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
事業所の 名称			所属	社内連絡先 TEL ()			
受診者が被扶養者 の場合	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
				続柄			
傷病名(医師の同意を受けた傷病名)				発病又は負傷年月日			
				令和 年 月 日 / 不詳			
発症又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無			
				1.業務上(業務中・通勤途上) 2.第三者行為 3.その他			
振込希望 口座	銀行・信組	支店	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナ)	
	金庫・農協	出張所	<input type="checkbox"/> 普通				
[金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]		[店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	<input type="checkbox"/> 当座				
※口座名義のフリガナがローマ字登録の方はローマ字で記入してください。							
◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。							
委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れてください。			受領代理人 情報	代理人住所		
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した受領代理人 <input type="checkbox"/> その他受取代理人				(〒 -) TEL ()		
被保険者の署名			フリガナ			※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
			代理人氏名				
■申請前に必ず確認の上、該当項目に☑をつけて下さい。 *書類に不備があった場合は給付できませんので返却します。							
<input type="checkbox"/> 療養費支給申請書 A・B (計2枚)に不備なく必要事項を記載していますか。							
<input type="checkbox"/> 「領収書の原本」を添付していますか。 *領収書が2枚以上になるときは、無地用紙に日付・金額が確認できるよう糊付けしたものをご提出下さい。							
<input type="checkbox"/> 初療または前回同意より6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)を超えて施術を受けましたか。医師の同意書を添付していますか。							

申請書作成日をご記入ください。

(202412)

令和 年 月 日