

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 月 日
			内 訳		

被保険者

被扶養者

「はり・きゅう用」

療養費支給申請書 A

<被保険者(申請者)記入用>

(令和 年 月分)

被保険者等の 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	日	
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			☐ 普通					
	[金融機関コード] [店番号]			☐ 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	(〒 —) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
	☐ 事業主の選定した受領代理人 ☐ その他受取代理人								
	被保険者の署名				代理人 氏名	フリガナ			
■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。									
☐ 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。									
☐ 「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提出下さい。									
☐ 初療または前回同意より6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

