療養費支給申請書（はりきゅう・あん摩マッサージ） 記入例

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書　　立替払・治療用装具

❶ 保険者	①被保険者証	記号 0000 番号 654321	②生年月日 昭・平・令 ×× 年 × 月 × 日
	③氏名(申請者)	(フリガナ) サンギョウ タロウ 産業 太郎	
❷	④住所(申請者)	〒 105 － 0014 東京 都・道 府・県 港区△△○-○-○ △△△マンション○○号室	⑤電話番号(日中の連絡先) 090 （ ×××× ）××××
	⑥事業所名称	㈱ □□□□	
	⑦療養費の決定をするにあたり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。		被保険者氏名(申請者氏名) 産業 太郎

【ご注意ください】家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

❸	⑧受診者(どちらかに✔)	□ 被保険者 ☑ 家族(被扶養者)	⑨発病又は負傷年月日 昭・平・令 31 年 4 月 1 日
	⑩家族の場合はその方の	氏名 産業 花子	生年月日 昭・平・令 ×× 年 × 月 × 日 続柄（ 妻 ）
	⑪傷病名	頚腕症候群	
	⑫発病又は負傷の原因(詳しく)	業務外・業務上・通勤途上 ※業務上・通勤途上(被扶養者の場合はパート・アルバイトを含む)の場合は、労働基準監督署にご相談ください。	(何をしていて) 家事をしていて徐々に痛くなった。
	⑬傷病の原因は相手がいますか(交通事故やケンカ等)	はい・いいえ	「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。(過失割合に応じて組合から相手に請求します。加害者から組合負担分の治療費を受け取っている場合は、療養費の請求はできません。)
	⑭診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科 所在地 東京都港区△△×-×	⑮診療した医師の氏名 ○○ ○○
	⑯診療期間(支給期間)	平・令 31 年 4 月 1 日 から 平・令 31 年 4 月 5 日 まで	(日数 2 日)
	⑰上記期間に入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)
	⑱療養に要した費用	×,××× 円	⑲診療の内容 検査を受け、はりの同意書をもらった。
❹	⑳療養の給付を受けることができなかった理由(該当するものに✔)	□ 被保険者証を持っていなかったため(理由) □ 以前加入していた保険者の被保険者証を使用してしまったため □ 医師の指示により治療用装具を作成したため ☑ 医師の同意を得て鍼灸マッサージ施術をしたため □ 海外の医療機関で受診したため (理由) □ その他 (理由)	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要です。

委任状 ❺ 在籍者の方は委任状が必要です。	㉑被保険者(申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 氏名 産業 太郎	令和 元 年 5 月 10 日
	㉒受任者(事業所)	㈱ □□□□ 氏名 代表取締役 △△ △△	受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。

受付日付印

❻ ㉓備考	
㉔社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

訂正する場合は、訂正箇所に二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

❶ 被保険者証に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、法定相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所も同様です。)

❸ ⑬欄で「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を一緒に提出してください。(第三者の行為による傷病届は当組合のホームページよりダウンロードできます。また当組合から郵送もできますのでご連絡ください。)

❹ ⑳欄は、療養の給付を受けることができなかった理由に○を付け、下記の<添付書類>を参考に書類を添付してください。

❺ 在籍中の方は全て事業所への委任払いになるため、委任状の㉑欄には被保険者の署名または記名をし、㉒欄は事業所が署名または記名をしてください。受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。また、事業所を辞められた後の申請の場合は事業所への委任払いのほか、個人口座へお支払いも可能です。申請書の余白部分に、被保険者(申請者)名義の口座で金融機関名・支店名・種別(普通・当座)・口座番号・口座名義(フリガナ)をお書きください。(個人口座へお支払いを希望される場合は委任状は不要です。)

❻ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、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。)

添付書類

添付書類1 医師の証明を受けてください。	添付書類2 施術者の証明を受けてください。	添付書類3	添付書類4 (該当する方のみ、施術者の証明を受けてください。)
はりきゅうマッサージを受けるための医師の同意書の原本 初回同意・再同意(6ヶ月毎に添付) マッサージの変形徒手矯正の施術を受ける方(毎月添付)	**領鍼灸マッサージ師の施術内容証明書の原本** 鍼灸院が用意しているものでもかまいません	**領収書の原本** 患者名が記載されているもの	**○1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書の原本** **○施術報告書の写し** 医師に再同意を得るときに、医師に提出するもの