

療養費支給申請書（令和1年10月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 × - △△△△		○発病又は負傷年月日 平成29年10月		○傷病名（医師の同意を受けた傷病名） 片麻痺	
	(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施術を受けた者の氏名 健保太郎		男・女 男		脳出血の後遺症	
	昭・平 38年6月25日生		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()		○業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3. その他	

施術者記入欄

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和1年10月31日 〒000-0000				
	被保険者住所 大気社グループ健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏名 健保太郎 電話00-0000-0000				
振 込 先	給付金は、会社に届出されている給与口座に振込します。				
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	新宿 一郎	住所を記載してください	令和1年9月1日	片麻痺	

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人→健康保険組合

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

医師の同意書（原本） 施術報告書（写し） 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

【送付先】 郵送の場合 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
大気社グループ健康保険組合