

## 療養費支給申請書（令和1年10月分）（はり・きゅう用）

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	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
	× - △△△△	平成31年4月10日	腰痛症
	(フリガナ) ケンポ ダイ	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 大	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )
	昭平42年6月2日生		○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			
	大気社グループ健康保険組合理事長 殿	被保険者 住所 住所を記入してください (請求者) 氏名 健保大 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	腰痛症	

## &lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- ・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。

## &lt;提出の流れ&gt; 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。

## &lt;その他添付書類（該当する場合）&gt;

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