

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (年 月分)
被扶養者

東京貨物運送健康保険組合

(はり・きゅう・あんま・マッサージ用)

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 事業所の 名称			
③ 被保険者の 氏名と印	フリガナ ④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
③受療者氏名	氏名 被保険者との続柄 ()	⑥ 生年月日	昭和 平成	年	月 日 (歳)
⑦ 被保険者の 住所	〒 _____ 日中連絡がとれる電話番号 ()				
施術をうけた日 に○をしてください (往療は◎)	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
※施術に要した 期間と費用の額	日間		円		
⑧ はり・きゅう申 請の場合、受け た施術内容に該 当する番号を○ で囲んでください	1. はりをうけた		2. 電気針をうけた		
	3. きゅうをうけた		4. 電気灸器をうけた		
	5. はり・きゅうの両方をうけた		6. 電気針・電気灸器の両方をうけた		
	7. その他の施術をうけた()				
⑨ 傷病名			⑩ 発病又は負傷 の年月日	昭和 平成	年 月 日
			⑪ 施術した部位 (すべてに○)	右肩・左肩・右腕・左腕・背中・胸部・頭・首 腰・右足・左足・臀部・その他()	
⑫ 業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑬ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑭ 被 保 険 者 口 座	銀行名		支店名		支店コード
	銀行・信金 信組・農協		支店		
	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入)		
	1.普通 2.当座 3.その他				
同意 記録	同意医師の氏名	住所		同意年月日	傷病名
				平成 年 月 日	

注意事項

1. 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
2. 施術の領収書の添付。
3. 施術内容のわかるもの(当組合にも別紙用意があります)の添付。
4. 初めて施術を受け申請する場合は必ず医師の同意を受け、「医師の同意書」を添付してください。
5. 再同意を受けた場合は同意記録欄にご記入ください。

受付日付印



