

# 被保険者 療養費支給申請書 (2)

## 被扶養者

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (25年 5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<br>記号 <b>1000</b> 番号 <b>123</b>  | ② 事業所の名称<br><b>株〇〇運送</b>  |
| ③ 被保険者の氏名と印<br><b>フリガナ トウカ タロウ</b><br><b>東貨 太郎</b>   | ④ 生年月日<br><b>昭和 平成 38年 5月 1日 (50歳)</b>                              |
| ③ 受療者氏名<br>氏名 <b>東貨 美子</b><br>被保険者との続柄 (妻)   | ⑥ 生年月日<br><b>昭和 平成 40年 9月 5日 (47歳)</b>                              |
| ⑦ 被保険者の住所<br>〒 <b>100 - 0001</b><br><b>東京都新宿区〇〇 1-1 〇〇マンション101</b><br>日中連絡がとれる電話番号 <b>03 (****) ****</b>                         |   |
| ④ 施術を受けた日に○をしてください(往療は◎)<br>5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               | ⑤ 傷病名<br><b>腰痛</b>  |
| ⑨ 発病又は負傷の年月日<br><b>昭和 平成 〇〇年 〇月 〇日</b>   | ⑩ 発病又は負傷の原因及びその経過<br><b>従来から腰に痛みがあったが平成〇〇年〇月〇日に再度痛みが発生し、治療を受けた。</b> |
| ⑪ 業務上の負傷ですか<br>はい・ <b>いいえ</b>  | ⑫ 第三者の行為によるものですか<br>はい・ <b>いいえ</b>                                  |
| ⑬ 振込先<br>銀行名 <b>〇〇</b> 支店名 <b>支店</b> 支店コード<br>預金種別 <b>①普通</b> 口座番号 <b>12345</b> 口座名義(カタカナで記入) <b>トウカ タロウ</b>                     |   |
| 同意記録<br>⑧ 同意医師の氏名 <b>〇〇 四郎</b> 住所 <b>東京都杉並区〇〇 1-2-3</b> 同意年月日 <b>平成 25年 4月 10日</b> 傷病名 <b>腰痛症</b> 要加療期間 <b>H25.4.10~H25.6.30</b> |   |

- 被保険者証に記載されている記号・番号を記入してください。
- 被保険者の氏名生年月日、年齢を記入してください。
- 受療者の氏名、生年月日、年齢を記入してください。
- 施術を受けた日に○をしてください。往診の場合は◎をしてください。
- 発病または負傷の原因およびその経過について詳しく記入してください。
- 第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。
- ご希望の振込金融機関について記入してください。
- 医師の同意を受けた場合は、同意記録欄に記入してください。

### 【注意事項】

- 毎月ごとに、この申請書を記入してください。
- 施術の領収書の添付。
- 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。
- 初めて施術を受け申請する場合は必ず「医師の同意書」を添付してください。
- 再同意を受けた場合は同意記録欄に記入してください。

### 注意事項

- 毎月ごとに、この申請書を記入してください。
- 施術の領収書の添付。
- 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。
- 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。
- 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

