健康保険　被保険者 / 被扶養者　療養費支給申請書

（ 6 年　5月分）

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）

①被保険者等記号・番号	記号 1000　番号 123	②事業所の名称	㈱〇〇運送
③被保険者の氏名とフリガナ	フリガナ トウカ　タロウ 東貨　太郎	④生年月日	昭和(○) 平成 令和　48年　5月　1日（51歳）
⑤受療者氏名	氏名 東貨　美子 被保険者との続柄（ 妻 ）	⑥生年月日	昭和(○) 平成 令和　50年　7月　5日（48歳）
⑦被保険者の住所	〒 100 － 0001 東京都新宿区〇〇1-1　マンション〇〇101 日中連絡がとれる電話番号　03(××××)××××		
施術をうけた日に〇をしてください（往療は◎）	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		
⑧傷病名	脳出血	⑩発病又は負傷の原因及びその経過	脳出血の後遺症による左片麻痺が継続している
⑨発病又は負傷の年月日	昭和 平成 (令和)　6年　4月　15日		
⑪業務上の負傷ですか	はい・(いいえ)	⑫ 第三者の行為によるものですか	はい・(いいえ)

⑬ 被保険者口座

銀行名		支店名	支店コード
〇〇	(銀行)・信金・信組・農協	〇〇　支店	123

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	123456	トウカ　タロウ

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
〇〇四郎	東京都新宿区〇〇1-2-3	令和　6年　5月　1日	脳出血	令和6年5月1日～令和6年10月31日

受付日付印

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。