

健康保険 被保険者 鍼・灸
 家族 あんま・マッサージ

療養費支給申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日 年 月 日 ※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 番号 —	被保険者 氏名	(フリガナ)				
	事業所	所 属		(内線・外線)				
	対象者 氏名	(フリガナ)	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄
	傷病名	発病または 負傷した日		年 月 日 (頃)				
	傷病の原因 および経過	施術 期間	年 月 日から 年 月 日まで					
	施術を受けた 施術所	住所 名称	施術に要した費用		円			
	委 任 状 ※任意継続 者、退職者は 記入不要です	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名						

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収証の原本
	<input type="checkbox"/> 医師の同意書の原本 (再同意書の場合は 施術報告書の写し も添付) ※同意書は証明日から6ヶ月間有効です。長期間施術を受ける場合は6ヶ月毎にご提出願います。
	<input type="checkbox"/> 施術内容証明書 (※施術所が発行した鍼灸・あんま療養費支給申請書等)

【任意継続者・退職者(資格喪失者)記入欄】※振込口座はご本人の口座に限ります。一部のネットバンクには対応できません。

振 込 先	銀行 信金 信組 労金 農協	店 支店 出張所	□座番号	預金種別	普通 ・ 当座
			フリガナ		
			□座名義		
			電話番号		

健 保 記 入 欄	資格取得日	支給額	円	内訳	療養費	円
	資格喪失日		円		第二家族療養費	円
	備考				出納 印	受付 印