



支給期間	令和 年 月 日 ~	支給決定伺		
	令和 年 月 日 日間	令和 年 月 日 決定	常務理事	事務長
算出額				
支給額	円			

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

〔はり・きゅう
あんま・マッサージ〕

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。(申請は、はり・きゅう、あんま・マッサージ別に)
◎ひと月ごと、施術所に用紙を記入してください。
◎申請書・添付書類の裏紙印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は書き直しをしていただきます。

被保険者証の 記号番号	被保険者の 氏名		自署の場合は捺印省略可 印		
受診者氏名	受診者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
傷病名	発病または負傷の 年 月 日		令和 年 月 日		
傷病又は負傷 の原因					
傷病の経過					
施術の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	施術に 要した費用	円	
第三者による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為 による傷病届」を提出のこと	業務上または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
上記に関する請求金の受領を			に委任します。		
令和 年 月 日	被保険者 住所 氏名				

キリンビール健康保険組合御中

※注意: 往療料の支給は歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等が必要です。

【添付書類(要原本)】

- 療養費支給申請書(施術師から発行されるもの)
- 施術報告書の写し(交付を受けた場合)
- 領収書(受診者氏名・領収金額・医療機関名・領収印があるもの。簡易型のレシートは不可。)
- 病名を診断した医師の同意書

《同意書の有効期限》

◇加療期間がない場合は初療の日(再同意日)から6か月

(月の15日以前の場合は当該月の5か月後の月の末日、16日以降の場合は当該月の6か月後の月の末日)

◇変形徒手矯正術の場合は初療の日(再同意日)から1か月

備考欄

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください。
- ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

調査印