受付印

支給期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
算出額	
支給額	円

支給決定伺		
令和　年　月　日決定		
常務理事	事務長	担当者

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、施術所ごと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の記入は不可。書き直してください。

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可　㊞
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒			ー　ー
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 ※入院時は請求不可	施術に要した費用	円
第三者による傷病ですか	□はい □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　□はい　□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

※往療料・訪問施術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。

調査印

【添付書類(要原本)】

1. 療養費支給申請書（施術師から発行されるもの）
2. 施術報告書の写し （交付を受けた場合）
3. 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。）
4. 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	

◇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。

2025.4