記入例

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	

支給決定伺		
令和　年　月　日決定		
常務理事	事務長	担当者

（注）この申請書は、医師の同意に基づいて施術された『はりきゅう、あんまマッサージ』用の申請用紙です。
治療用装具（コルセットなど）や、保険証不携帯の場合は別の申請用紙になります。

該当しない部分を消してください

~~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~~）

被保険者自署の場合は捺印省略可

被保険者等記号・番号	10000 1234567	被保険者の氏名	キリン　太郎

↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

受診者氏名	キリン　花子	受診者生年月日	平成 令和 2年 7月 16日	続柄	妻
傷病名	リウマチ	発病または負傷の年月日	令和 4年 10月 10日		
傷病又は負傷の原因	【発病の原因について詳しくご記入ください】				
傷病の経過	【申請期間における施術時の状況を具体的にご記入ください】				
施術の期間	令和 7年 7月 21日から 令和 7年 7月 30日日まで 3日間 ※入院時は請求不可	施術に要した費用	25,650 円		
第三者による傷病ですか	□はい ☑いいえ	→「はい」の…による傷…	実日数を記入してください	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　事業主記載欄　に委任します。

令和 7 年 9 月 10 日

被保険者　住所 神奈川県横浜市横浜 10-10-10
氏名 キリン　太郎

◎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。

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…由等が必要です。

添付書類が必要です！確認してください。

調査印　南

事業所担当者印

【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