

記入例

受付印

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	理事	事務長	担当者
算出額	(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。				
支給額					

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

◎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	10000 12345678	被保険者の 氏名	キリン 太郎			被保険者自署の場合は捺印省略可
受診者氏名	キリン 星恵	受診者 生年月日	昭和 平成 令和	25年 6月 25日	続柄	母
傷病名	リウマチ	発病または負傷の 年月日	令和 3年 5月 5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 3年 3月 28日から 令和 3年 3月 31日まで 2日間 ※入院時は請求不可	施術に 要した費用	22,650 円			
第三者による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」 による傷病 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
上記に関する請求金の受領を 令和 3年 4月 1日		事業主記載欄		に委任します。		
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				

キリンビール健康保険組合御中

※注意: 往療料の支給は歩 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

南

事業所担当者印