



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		
算出額		常務理事	事務長	担当者
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。
◎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		①
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			②に委任します。	
令和 年 月 日				
被保険者 住所 氏名			③	

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。鍼、灸、あんま、マッサージ施術明細書でも可。)
- 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

調査印

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。)