

記入例	理事	事務長	担当者	処理区分	平成	年	月	日	起案
				<input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 指圧	支給金額				円
	資格取得日	昭和・平成・令和		年	月	日			
資格喪失日	令和		年	月	日				

被保険者
 家 族 鍼灸・マッサージ・指圧 療養費支給申請書 (●●年 ● 月分)

※月単位で申請してください

被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号	1	番号	23456	事業所名	●●株式会社				
						電話番号	電話番号				
						メールアドレス					
	被保険者の氏名	健保 太郎 (印)				被保険者住所	住所記入				
	療養を受けた者の	氏名	健保 花子				生年月日	昭和 平成 令和	51年4月1日 (続柄 妻)		
		傷病名	神経症				発病又は負傷の原因・経過	原因・経過を記入			
	診療を受けた施術所の名称・住所	名称	栗田健保はりきゅう整骨院				同意書の病院名	病院名: 栗田健保病院			
		住所	TEL				医師の氏名	医師の氏名: 栗田 健太			
	振込希望銀行	銀行コード	123	銀行名	●●銀行		普通	NO	1234567		
		店番号	456	支店名	●●支店		当座				
	口座名義人 (カタカ)		クリタ タロウ								
委任状	本請求金額の受領を ①					令和 年 月 日 被保険者氏名 ②					
	委任する場合は記入してください。被保険者以外に振込む										

添付書類

- 医師の同意書(2回目以降は写しを添付、初療日から6ヵ月経過した時点で「再同意書」原本が必要)
- 治療院の療養費支給申請書(治療内容記載)
- 領収書原本