

被保険者

はり・きゅう、あんま・マッサージの
治療を受けた場合

療養費支給申請書

被扶養者

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	記号 ○	②被保険者の 氏名と生年月日	健保 康夫			
		番号 ○○○○		■昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> ○○年○月○日			
	③被保険者の 住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町5-6-7		TEL 03-1234-○○○○			
	④被扶養者に 関する申請のとき	フリガナ	生年月日	被保険者との続柄			
		氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	⑤傷病名	腰痛症		⑥発病又は 負傷の年月日 (療養開始日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	○年	5月3日
	⑦発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅で腰をひねり痛めて病院を受診。半年投薬治療を受けたが改善されず、医師からはり治療をすすめられた。					
	⑧診療を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称 ○○○病院	医師 氏名	○○ △△△			
		所在地 東京都○○区○○町1-1-1					
	⑨診療の期間 (支給期間)	(自) 令和 ○年 5月 1日 (日数)	(至) 令和 ○年 5月 31日	4日	⑩入院・ 外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
⑪入院の場合 入院期間 入院中の食事の回数	(自) 記入不要	日間	⑫療養に要 した費用の額	8,000円			
⑬申請理由	<input type="checkbox"/> 治療装具を購入した (治療装具装着 令和 年 月 日)		⑭業務(通勤)災害 によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	<input type="checkbox"/> 医療機関で当健保の資格が確認できずに10割負担した		⑮第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	■はり・きゅう、あんま・マッサージの治療を受けた <input type="checkbox"/> その他()		⑯市区町村から医療費の 助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
⑰振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名	○○銀行	金融 コード	○○○○	カタカナで記入		
	支店名	○○支店	支店コード	○○○	口座名義 (被保険者)	ケンホ ヤスオ	
	口座番号	○○○○○○○○	⑱提出日	令和 ○年 ○○月 ○○日	預金種別	普通	

受付日付印