

被保険者

療養費支給申請書

はり・きゅう、あんま・マッサージの
治療を受けた場合

被扶養者

日本ヒューレット・パッカー健康保険組合

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 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 □平成 ○○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	□昭和 □平成 □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)	□平成 ■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	(至) 令和 ○年 5月 31日	(日数)	4日	⑩入院・ 外来の別	□入院 □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	□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		□はい ■いいえ		
	□当健保の被保険者証を提示できずに診療を受けた		⑮第三者行為に よるものですか		□はい ■いいえ		
	■はり・きゅう、あんま・マッサージの治療を受けた		⑯市区町村から医療費の 助成を受けていますか		□はい ■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	○○○○		
	支店名	○○支店		支店コード	○○○		
	口座番号	○○○○○○○○		⑱提出日	令和 ○年 ○月 ○日		

受付日付印