

支給額	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
		令和 年 月 日				

- 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

本・家印

処理区分	償還払い 29
------	---------

提出日 令和 6 年 11 月 1 日

被保険者欄	被保険者証等の記号番号	記号 11	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	光学 一郎		
		番号 1234		昭和・平成	43 年 12 月 12 日	
	事業所名所在地	〒192-8507 東京都八王子市石川町2951				
	申請者が扶養者のときはその方の	氏名 光学 花子	生 年 月 日 昭和・平成・令和 50 年 10 月 10 日	続 柄 妻		
	傷病名	脳出血後遺症	発病又負傷の年月日	平成・令和	4 年 8 月 1 日	
	傷病名、発病又は負傷の原因及びその経過	脳出血による筋麻痺、関節拘縮が残る		医療助成	<input checked="" type="checkbox"/> 受けている (心身障害者医療助成)	<input type="checkbox"/> 受けていない
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()		施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載)		

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	<p style="text-align: center; color: red; font-size: 24px;">施術所で記入してもらってください</p>			

注) 初回及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合、徒手矯正術を受ける場合は月毎に、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。

注) 給付は全て被保険者の給与に組込となります。下記受取代理人の本人欄に記名してください。(任意継続者を除く) また、任意継続者は、保険料を払込しているゆうちょ銀行の口座(前納者は事前に申出されている口座)に振り込みとなります。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 6 年 11 月 1 日	受付印
	本人 住所 〒111-2222 東京都渋谷区幡ヶ谷1234	
	代理人 氏名 光学 一郎	
	住所 提出先事業所が記入します	

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。
本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)