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

本・家　印

□被保険者
□被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

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	1243		(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	生年月日		続柄
	光学　花子	(昭和)・平成・令和	50　年　10　月　10　日	妻

傷病名	腰痛症	発病又負傷の年月日	平成・(令和)　4　年　8　月　1　日（　時頃）
発病又は負傷の原因及びその経過	不詳	医療助成	□ 受けている（　） ☑ 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
平成			

施術所で記入してもらってください

施術証明欄

同意記録

注）初回及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、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組込となります。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、保険料を引き落としている郵便局の口座（前納者は事前に出されている口座）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

本人	住所	東京都渋谷区幡ヶ谷1234
	氏名	光学　一郎
代理人	住所	提出先事業所が記入します
	氏名	

受付印

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　☑）