

届出種別	
給	5-3

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(はり・きゅう・按摩・マッサージ)
□被保険者 □家族

申請者情報	①被保険者証 記号 番号		②被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)		③生年月日 □昭和 年 月 日 □平成		
	④被保険者(申請者)の 現住所・連絡先		TEL ー ー				
	⑤事業所名						
	⑥家族の方の申請をされる場合は		家族の氏名		生年月日		被保険者との続柄
					□昭和 年 月 日 □平成 □令和		
傷病について	⑦傷病名		⑧発病または負傷の 年月日		□平成 年 月 日 時頃 □令和		
	⑨発病または負傷の原因		1.外傷性のけが(骨折、打撲等)ですか □はい→(2~4に回答してください) □いいえ→(以下の回答は不要です) 2.けがをした状況は次のどれに該当しますか □出勤日(勤務時間内) □出勤日(勤務時間外) □通勤途中(出勤) □通勤途中(退勤) □出張中 □休日(定休日・有給休暇を含む) □その他() 3.けがをした場所は次のどれに該当しますか □会社内 □自宅 □道路 □その他() 4.けがをした原因は次のうちどれに該当しますか □交通事故 □暴力 □スポーツ □該当なし				
	⑩負傷(けが)は第三者 行為によるものですか		□はい □いいえ ●「はい」の場合、「第三者の行為による災害届」をこの書類に添付してください				
	⑪診療を受けた医療機関		名称				
			所在地				
		医師等の氏名					
⑫施術の期間		自 令和 年 月 日		⑬施術内容 □はり・きゅう □按摩・マッサージ			
		至 令和 年 月 日		⑭施術に要した費用 円			

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

委任状の欄	⑮ (事業主) 本申請に基づく保険給付金に関する受領を _____ に委任します	
	安田日本興亜健康保険組合 御中 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)の氏名 _____	

※退職後資格喪失された方は、必ずこの欄へ記入してください。 ◇ 任意継続被保険者の方は、当組合に登録済みの「給付金振込先」に振り込むため記入不要です。					
振込金融機関	⑯ □銀行 □本店		銀行コード		
	□信用金庫 □支店		支店コード		
	□信用組合 □出張所		フリガナ		
	□普通預金 □当座預金		□座番号		□座名義

受付日付印

※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄: _____

★提出先 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2 東京サンケイビル17階
安田日本興亜健康保険組合 給付グループ宛

<注意事項>

◎鍼灸・マッサージ師による施術療養費の申請について、当組合では「受領委任制」は受け付けておらず、「償還払い制」を採用しています。

◎記入事項を訂正した場合、その箇所に二重線を引き、サイン(もしくは訂正印)をしてください。

◎在籍者(お勤めの方)は、必ず⑮委任状の欄へ記入してください。

◎在籍者(お勤めの方)以外の方は、必ず⑯振込金融機関の欄へ記入してください。

<添付書類>

◎鍼灸・マッサージ師による施術を受けた場合

- ・支払った代金の領収書(原本)
- ・施術明細書
- ・同意書

※医師の同意期間の更新ごとに提出が必要となります。