

届出種別
給 5-3

健康保険 療養費支給申請書(はり・きゅう・按摩・マッサージ)

申請者情報	①被保険者証 記号 123 番号 456789	②被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	③生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日
	④被保険者(申請者)の 現住所・連絡先 〒123-4567 東京都○区○○1-2-3	TEL 03-1234-5678	
	⑤事業所名 株式会社○○	家族の氏名 生年月日 被保険者との続柄	
傷病について	⑥家族の方の申請をされる ときは	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	⑦傷病名 神経痛	⑧発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日 △時頃
	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 <input type="checkbox"/> はい→(2~4に回答してください) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間内) <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間外) <input type="checkbox"/> 通勤途中(出勤) <input type="checkbox"/> 通勤途中(退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( ) 3.けがをした場所は次のどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 該当なし	
	⑩負傷(けが)は第三者 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 ○○治療院 所在地 東京都○区△△3-2-1 医師等の氏名 日本 次郎	
⑫施術の期間	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 △ 日 3日間	⑬施術内容 <input checked="" type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> 按摩・マッサージ 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 株式会社○○ 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 健保 太郎
-------	--

※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 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 銀行コード <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 支店コード <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 口座番号 フリガナ <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座名義

※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

受付日付印

### <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。