

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被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)	②被保険者(申請者)の氏名	③生年月日
	記号 123 番号 456789	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	<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	
傷病について	⑤事業所名	株式会社○○	
	⑥家族の方の申請をされるときは	家族の氏名	生年月日 被保険者との続柄
			<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
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	
⑫施術の期間	医師等の氏名	日本 次郎	
	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 △ 日	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。				受付日付印
◇ 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"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	銀行コード 支店コード フリガナ 口座名義	

※被保険者等の記号・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。
※被保険者等の記号・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。