

見本

健康保険

療養費支給申請書 (鍼灸・あん摩・マッサージ)

※裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。 ※

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号 9999 - 1234		被保険者の氏名及び生年月日 薬業 春子 昭・平 48 年 2 月 13 日		③本請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input checked="" type="checkbox"/>
	④被保険者(請求者)の現住所 東京都千代田区永田町2-17-2		郵便番号 100 - 0014	TEL (03) 3581-1238	携帯 ()
	⑤事業所の名称 薬業工業(株)				
	⑥被扶養者(家族)が受けるものであるときは、その者の				
	⑦氏名 薬業 竹子		⑧続柄 母	⑨生年月日 昭和 25 年 9 月 1 日 平成 令和	
	⑩傷病名 神経痛		⑪発病または負傷の日時 平成 4 年 3 月 4 日 午前 9 時頃 令和 午後		
	⑫1. 外傷性の傷病(骨折、打撲等)ですか。 <input type="checkbox"/> はい (2~7に回答してください) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (7のみ回答してください) 2. けがをした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 () 3. けがをした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・ <input type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他 () 4. けがをした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		⑬5. けがをした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない 6. 「上記5」に当てはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者・ <input type="checkbox"/> 加害者・ <input type="checkbox"/> 相手無 7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。 慢性的な痛みがあったが、急に痛みが強くなった。		
	⑭第三者の行為によるものですか はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑮「はい」の場合、第三者の住所、氏名(住所・氏名が不明であるときはその旨)		
	⑯療養の給付を受けることができなかった理由(当てはまるものに○) 1. <input checked="" type="checkbox"/> 償還払いのため 2. その他 ()				
	⑰施術の同意を受けた医療機関等の名称 薬業クリニック		⑱治療の内容(当てはまるものに○) 1. <input checked="" type="checkbox"/> 鍼灸 2. <input checked="" type="checkbox"/> あん摩・マッサージ		
⑲治療の内容(当てはまるものに○)		⑳施術にかかった費用 9,710 円			
㉑施術期間 令和 4 年 3 月 6 日 から 令和 4 年 3 月 8 日 まで 2 日間					

受 取 代 理 人 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 年 月 日	
	被保険者住所 (請求者) 氏名	
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード 0099	支店コード 099		
	永田町	銀行・農協 信金・信組	赤坂見附	本店 支店
	普通・当座	口座番号	9999998	
口座名義	薬業 春子		フリガナ	ヤクギョウ ハルコ

この書類の送付先は
〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2
東京薬業健康保険
組合 給付課 宛

受付日付印

※口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

東京薬業健康保険組合