

療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	××××	番号	××××××	被保険者 氏名	住重 健太		事業所名	株式会社○○○○	
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	スミジウ ケンタ			続柄 家族は(続柄)を記入	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		×××××		
		住重 健太			1. 本人 2. 家族 []		発症または負傷の原因及びその経過		×××××××		
	生年月日	昭和	平成	令和	××	年	××	月	××	日	
業務上、第三者行為の有無	1. 業務上	3. その他	発病又は負傷年月日		令和××年××月××日		施術した場所 ※入居施設や住所地特例等、 保険証等住所地と異なる場合に記載		×××施術所（東京都品川区×××-×）		
	2. 第三者行為										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間					実日数	請 求 区 分		
	令和										
	傷病名								転医		
	初検										
	施 術 料										
	往 来										
	施術										
	施術日								30 31		
	通所○ 往療○ 往療又										
	施 術 証 明 欄	上記 令和									
免 費											
免許登録番号		きゅう師 氏名					電話				
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 × 年 ×× 月 ×× 日 申請者 住所 東京都品川区大崎×-×-× 住友重機械健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏名 住重 健太										
	同意医師の氏名		住 所			同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間	
同 意 記 録	×× ××		東京都品川区×××-××-××			令和×年×× 月××日		×××××××		令和×年×月×日～ 令和×年×月×日	
	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。										
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協・その他					本店・支店・出張所		普通預金		
	口座番号						口座名義	※カタカナで記入			
委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。										
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	住重 健太					この欄は会社が押印します。			
代理人 (事業主)	所 在 地 氏 称 名										
	受付 令和 年 月分 支払年月日 令和 年 月 日 健保使用欄										