

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円			
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゆう)
家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ) サンテタ タロウ	三協立山(株)〇〇〇〇〇〇〇〇 部・支店・工場
	自宅住所	(〒 933 - 〇〇〇〇)	富山 都(道)府(県)
	電話番号	TEL 0766 (〇〇) 〇〇〇〇	高岡市〇〇町〇〇〇〇 〇〇番地

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	続柄	妻
	1-①家族の場合はその方の氏名	三立 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日
	2 医師の同意を受けた傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()	3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日
	4 発病の原因および経過	※はり・灸の対象病名であっても同時に、同疾病の治療を医療機関で行っている場合は対象外です。		
	5 施術を受けた施術所名	名称	所在地	
	6 施術期間(1ヶ月ごと)	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	〇 日間	7 療養に要した費用

※申請書は暦月を単位として作成ください。
【添付書類】■別途「**施術管理者記入用**」**施術内容明細書**を施術管理者へ記入を依頼し、申請書に添付ください。
■**施術に要した費用の領収書(原本)**を必ず添付ください。レシート不可
<以下は該当する場合に添付する書類>
医師の同意書(原本)※6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

振込先指定口座	金融機関名称	北陸 銀行 金庫 信組 高岡 農協 漁協	本店 支店 店舗番号	201
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンテタ タロウ	口座名義の区分	1 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。 氏名	令和 年 月 日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との 関係	

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は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。