

**療養費・第二家族療養費 支給申請書 【はり灸】【あんま・マッサージ】**

丸八真綿健康保険組合 御中

|  |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|--|--|---|----------|---------|--|---------|---------------|------------|--|--|-----------------|-----|--|---------|---------------|---------|---------------|-----------------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>記<br>入<br>欄  | 在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。  |   |          |         |  |         |               |            | 会社名  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 健康保険<br>記<br>号   | 記<br>号  | 番<br>号   |         |  |         |               |            | 所属   |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 記入日  | 令和 年 月 日  |          |         |  |         |               |            | メールNo.                                     | -  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 被保険者名  |   |          |         |  |         |               |            | 自宅住所                                       | 〒  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 生年月日   | 昭和・平成・令和 年 月 日  |          |         |  |         |               |            | 日中連絡がとれる電話番号                               | TEL  | -               | -   |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 対象者に<br>レ  | <input type="checkbox"/> 被保険者<br><input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)      |          |         |  |         |               |            | 生年月日                                       | 昭・平・令 年 月 日  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 申請内容と添付確認 (該当する「申請内容」、添付した「提出書類」にチェックして下さい。)   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | <b>*送付された申請書、各種確認は返却いたしません。必要な方は提出前にコピーを取っておいて下さい。</b>   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">申請月</td> <td style="width: 95%;">令和 年 月 施術分</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1か月ごとに申請書が必要です。</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(はり師、きゅう師が作成)(原本)<br/> <input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br/> <input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br/> <input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1<br/><br/> <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(あんま・マッサージ師が作成)(原本)<br/> <input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br/> <input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br/> <input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1         </td> </tr> </table> |   |          |         |  |         |               |            | 申請月  | 令和 年 月 施術分   | 1か月ごとに申請書が必要です。 |     | <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(はり師、きゅう師が作成)(原本)<br><input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br><input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br><input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1<br><br><input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(あんま・マッサージ師が作成)(原本)<br><input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br><input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br><input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1 |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 申請月  | 令和 年 月 施術分  |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 1か月ごとに申請書が必要です。  |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(はり師、きゅう師が作成)(原本)<br><input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br><input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br><input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1<br><br><input type="checkbox"/> 療養費支給申請書(あんま・マッサージ師が作成)(原本)<br><input type="checkbox"/> 領収書(原本)<br><input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <b>次月以降同意書の有効期間内は不要</b><br><input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) *1   |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">医師の同意書について</td> <td style="width: 95%;">・初療、及び6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は必要(変形徒手矯正術は毎月必要)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">同意日</td> <td style="width: 95%;">同意書の有効期間</td> </tr> <tr> <td>1日から15日</td> <td>同意月の5か月後の末日まで</td> </tr> <tr> <td>16日から月末</td> <td>同意月の6か月後の月末まで</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> |  |   |          |         |  |         |               | 医師の同意書について | ・初療、及び6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は必要(変形徒手矯正術は毎月必要) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">同意日</td> <td style="width: 95%;">同意書の有効期間</td> </tr> <tr> <td>1日から15日</td> <td>同意月の5か月後の末日まで</td> </tr> <tr> <td>16日から月末</td> <td>同意月の6か月後の月末まで</td> </tr> </table> |                 | 同意日 | 同意書の有効期間   | 1日から15日 | 同意月の5か月後の末日まで | 16日から月末 | 同意月の6か月後の月末まで | 同意書の有効期限外施術は申請不可です。<br>必ず確認して下さい。 |  |  |
| 医師の同意書について   | ・初療、及び6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は必要(変形徒手矯正術は毎月必要)   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">同意日</td> <td style="width: 95%;">同意書の有効期間</td> </tr> <tr> <td>1日から15日</td> <td>同意月の5か月後の末日まで</td> </tr> <tr> <td>16日から月末</td> <td>同意月の6か月後の月末まで</td> </tr> </table>   |  | 同意日   | 同意書の有効期間 | 1日から15日 | 同意月の5か月後の末日まで  | 16日から月末 | 同意月の6か月後の月末まで |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 同意日  | 同意書の有効期間   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 1日から15日  | 同意月の5か月後の末日まで  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 16日から月末  | 同意月の6か月後の月末まで  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| *1 再同意の場合、施術報告書を交付された場合は添付が必要です。   |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 発病又は負傷年月日  |  | 平・令 年 月 日<br>□不詳  |          |         | 傷病名  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 外<br>傷<br>性<br>の<br>場<br>合   | 原因   | <input type="checkbox"/> 交通事故・加害者がいる怪我<br><input type="checkbox"/> その他( |          |         | <input type="checkbox"/> 労災・通勤途上災害<br><input type="checkbox"/> 学校内 |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 発生経緯   | 「どこで」、「何をしていて」、「どの様に負傷したか」  |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 在職者は記入不要 退職者・退職予定の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れことがあります。<br>(任意継続保険加入者は保険料振替口座を優先します。)  |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 金融機関名<br>銀行<br>支店  |  | 口座番号<br>(普通)  |          |         | フリガナ<br>名義   |         |               | 退職年月日      |  | 令和 年 月 日   |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 事<br>業<br>主<br>記<br>入<br>欄   | 令和 年 月 日 事業所名<br><br>上記のとおり証明します。<br>委任を受けた保険給付金は<br>当事業所と貴組合との間で<br>定められた方法で受領し、<br>請求者へ支給します。<br><br>事業主名<br>(代理人)   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 医師の同意日 令和 年 月 日 / □ 原本<br>変形徒手矯正術 □なし □あり(同意書必須)   |   |          |         |  |         |               |            | 施術期間                                       | 令和 年 月 日～<br>月 日   |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 同意書原本添付の場合 療養費同意書交付料算定 □あり □なし   |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 施術報告書 □なし □あり(施術報告書交付料算定 □あり □なし)  |   |          |         |  |         |               |            | 日数   | 日  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  | 医療機関との併用受診 □なし □あり   |   |          |         | 給付審査結果 (支給・一部支給・不支給)   |         |               |            | 支給対象額                                      | 円  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
|  |  |   |          |         | 管理No   |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 決議No   |  |   |          |         |  |         |               |            |  |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |
| 承認欄  |  |   |          | 常務理事    | 事務長  | マネージャー  | 主任            | 担当         | 受付年月日                                      |  |                 |     |  |         |               |         |               |                                   |  |  |