

記入例

□ 被保険者 療養費 支給申請書 (** 年 ** 月分) あんま・マサージ・指圧用
✓ 被扶養者

被 保 險 者 記 入 欄	記号・番号	＊＊一＊＊＊＊＊	被保険者氏名		健保 太郎				
	事業所名称	＊＊＊＊＊＊＊							
	受療者氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成	令和	＊＊年＊＊月＊＊日	
	傷病名	筋麻痺	発病又は負傷年月日			令和 ＊＊年＊＊月＊＊日			
	発症又は負傷の原因及びその経過	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊							
	業務上・外、第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上		<input type="checkbox"/> 第三者行為による		<input checked="" type="checkbox"/> どちらにも該当しない		<input type="checkbox"/> その他()	
本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要)									
令和 年 月 日					〒＊＊＊一＊＊＊				
被保険者の住所 (申請者) 氏名					＊＊＊＊＊＊＊＊＊				
住友ファーマ健康保険組合理事長殿					健保 太郎				
退職者のみ記入 振込希望銀行	銀行		支店	口座名義		(フリガナ)			
普通	・	口座番号							

〔注意事項〕

- ・申請書は歴月を単位として作成してください。
 - ・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。

[添付書類]

□ 領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)

[その他添付資料(該当する場合)]

- 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)
 - 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)
 - 往療状況確認書
 - 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書