

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書

あんま
はり・きゅう
マッサージ

被保険者	被保険者証	記号	1 3 **	被 保 険 者 氏 名
		番号	9 9 9 ** *	

下記のとおり療養費の支給を申請します

申 請 内 容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: 横浜 隼三 続柄: 父)			
	発病または負傷原因 及びその経過	脳卒中の後遺症			
	施 術 所	名 称	□□□治療院	施術師氏名	*** **
		所在地	東京都世田谷区***〇丁目〇番〇号		
施術を受けた期間	令和 3 年 3 月 5 日から	令和 3 年 3 月 29 日まで	日数	6 日	
施術に要した費用の額	18,200 円		第三者行為による ときはその事実	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する …別途届出が必要です	
施術対象となった理由 (該当に○)	はり・きゅう 慢性的な傷病で、医師による適当な治療手段がなく、医師が施術について同意している以下対象の六疾患 ①神経痛 ④五十肩 ②リウマチ ⑤腰痛症 ③頸腕症候群 ⑥頸椎捻挫後遺症		あんま・マッサージ 医療上マッサージを必要とし、医師が施術について同意している以下の主症状 ①筋麻痺・筋委縮 ②関節拘縮		

※ 診療月毎に請求してください。

※ 保険証の記載欄「1300」以外で請求する場合は、請求時に退職されている方は①に被保険者名義の振込口座を記入してください。

① 振込先口座	金融機関	種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	(フリガナ) ()	口座名義の区分
② 委任状	本申請に基づく	明する書類を添付してください。	
	被保険者 (申請者)	住 所	令和 3 年 4 月 2 日
		氏 名	横浜 康夫

添付書類

- (1) 施術者発行の「療養費支給申請書」
- (2) 施術に要した費用の領収証 (原本)
- (3) 医師の同意書 (初回および再同意申請時)
- (4) 往療料の内訳書および確認書 (該当する場合)

【被保険者のマイナンバー記載欄】※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

□□□□□□□□□□

- 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
- 2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印