

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日		平成 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(ケガの場合は詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ 病気またはケガの原因			
	5 診療を受けた医療機関等の(鍼灸院・整骨院等)	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	から	年 月 日	まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額(10割負担した領収書の額)	円			
	8 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. はり・きゅうの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目9を記載して下さい <input type="checkbox"/> 2. マッサージの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目10を記載して下さい			
	9 はり・きゅうの同意記録	※初療の日または再同意の日から3ヶ月を経過した場合、医師の同意が再度必要となります。 同意を受けた、病院・医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間等を下記に記載して下さい。 (加療期間については、医師から指示がある場合に記入)			
		同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	傷病名
10 マッサージの同意記録	※初療の日または再同意の日から3ヶ月を経過した場合、医師の同意が再度必要となります。 同意を受けた、病院・医師の氏名、同意年月日、要加療期間を下記に記載して下さい。 ※変形徒手矯正術の施術の場合は必ず同意書の添付が必要となります。				
	同意を受けた医療機関	同意医師の氏名	同意年月日	要加療期間	

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

11 同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

療養費支給申請書(はりきゅう・マッサージ)の注意事項

1. 申請は月単位となります。(3ヶ月分を申請する場合は、この支給申請書を3部提出して下さい)
2. この申請書の添付書類について
 - ①はり・きゅうの施術の場合
 - ア. 初回の申請の場合は医師の同意書の原本
 - イ. はり・きゅう用施術内容申立書(組合様式でなくても構いません)
 - ウ. 10割負担した領収書の原本
 - エ. 初療の日から1年以上が経過して、月に16回以上施術を受けた方は、
「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(はり・きゅう用)」
 - ②マッサージの施術の場合
 - ア. 初回の申請の場合は医師の同意書の原本(変形徒手矯正術の場合は毎回添付が必要です)
 - イ. マッサージ用施術内容申立書(組合様式でなくても構いません)
 - ウ. 10割負担した領収書の原本
 - エ. 初療の日から1年以上が経過して、月に16回以上施術を受けた方は、
「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(マッサージ用)」
3. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。
4. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。
5. 項目4の「発病の原因および経過」の欄で、傷病名が外傷性(ケガ)の場合は、負傷した原因を詳しく記入してください。

ケガの原因が業務上や通勤途中によるもので労働災害に該当するか否か、第三者の行為による負傷(交通事故等)か否かが重要となるため、記入にあたっては、いつ(休日)、どこで(自宅で)、何をして(階段から足を踏み外して)、どこを(右足を)、どのように(捻挫した)負傷したかを記入してください。
6. 項目7の「療養に要した費用の額」は添付する領収書の金額を記入してください。
7. 項目11の「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。
8. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、
倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問い合わせ願います。