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】

日本電気健康保険組合　御中

被保険者記入欄

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	
健康保険記号・番号	記号　　番号	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 レ	□被保険者 □被扶養者(氏名　　生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日)		

申請内容と添付確証　（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。）

＊送付された申請書、各種確証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。

申請月	令和　　年　　月　　施術分 1か月ごとに申請書が必要です。
□　はり・きゅう	□　療養費支給申請書(はり師、きゅう師が作成)(原本)
	□　領収書(原本)
	□　医師の同意書(原本)　**次月以降同意書の有効期間内は不要**
	□　施術報告書(写し)　＊1
□　あんま・マッサージ	□　療養費支給申請書(あんま・マッサージ師が作成)(原本)
	□　領収書(原本)
	□　医師の同意書(原本)　**次月以降同意書の有効期間内は不要**
	□　施術報告書(写し)　＊1

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)

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。
必ず確認して下さい。

＊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 □不詳	傷病名	
外傷性の場合　原因	□交通事故・加害者がいる怪我　□労災・通勤途上災害　□学校内 □その他(　　)		
外傷性の場合　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・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。**
（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	口座番号	ﾌﾘｶﾞﾅ		退職年月日
銀行 支店	(普通)	名義		令和　　年　　月　　日

事業主記入欄

令和　　年　　月　　日　　事業所名

上記のとおり証明します。
委任を受けた保険給付金は
当事業所と貴組合との間で
定められた方法で受領し、
請求者へ支給します。

事業主名
（代理人）

健康保険組合記入欄

医師の同意日　令和　　年　　月　　日　／　□　原本					施術期間	令和　　年　　月　　日～ 月　　日	
変形徒手矯正術　□なし　□あり(同意書必須)							
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	ﾏﾈｰｼﾞｬｰ	主任	担当	受付年月日