

記入例【ケース6】

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書

(医師の同意・指示により、はり・灸、あん摩・マッサージなどの施術を受けた場合)

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号	0000 11111	(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、支 社、関連会社の	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北區城北1-2-3		
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生 年 月 日	昭和・平成 45年 4月 1日		
	(5) 被扶養者に関 する申請のとき	被扶養者 氏名	該当せず		(6) 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄
	(8) 傷病名	頰腕症候群		(9) 発病又は負傷年月日	平・令 3年 4月 1日		
	(10) 発病又は 負傷の原因	平成30年4月頃より整形外科に通院し治療を受けたが改善せず、医師にはり灸の施術を薦められた。					
	(11) 傷病の経過	良好					
	(12) 診療又は手当 を受けた医療機 関の名称・ 所在地及び 医師の氏名	名称 氏名	太陽ひまわり鍼灸院 ひまわり 太郎		(13) 所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒 000-0000 東京都城南區城南1-2-3 TEL 03 (0000) 2222	
	(14) 診療又は 手当の内容	疼痛がある筋肉にはりを打ったり、低周波治療 をしてもらった。		入院期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 コルセット装着日 平・令 年 月 日		
	(15) 診療又は手当を 受けた期間	自 至	平・令 3年 5月 1日 平・令 3年 5月 18日 2日間		(16) 診療又は手当に要 した費用の額	金 3,050 円他	
	(17) 申請理由	1. 立替払い(保険証なしでの受診等) 2. 旧保険証使用 3. 治療用器具(コルセット、アーチサポート等) 4. 小児弱視等の治療用眼鏡等 5. 治療用器具(弾性ストッキング等) 6. はり・灸(あん摩・マッサージ) 7. 海外の病院での受診 8. 輸血時の生血代					
	(18) 第三者の行為 による負傷 であるとき	その事実 と届出の 有無	該当せず		加害者の氏名		
	(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店		(普通) 当座 No. 1234567	口座 名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。 令和 3年 5月 10日	〒 000-0000 住所 東京都東區城東1-2-3 被保険者のフリガナ 太陽花子 氏名 太陽花子		TEL 03 (0000) 1111		太陽 (印)		

(10) 「発病又は負傷の原因」欄には、はり及び灸(あん摩・マッサージ)の施術所に行った理由を具体的に記載する。

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、はり灸師等の施術所で支払った際の領収書(一月分)の合計金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印