

		支 給 支 払 決 議 書			
受付年月日	年 月 日				
支給額	円				

2024年10月改定

療 養 費 支 給 申 請 書 (〇 年 〇 月 分) (は り ・ き ゅ う 用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日		○傷病名 / 発症又は負傷の原因及びその経過				
	2					9 9 9 9 9 〇〇年 〇月 〇日		神経痛 / 〇〇整形外科に通っていたが症状が良ならず、〇〇整形外科の〇〇先生に、はり・きゅう治療を行うよう指示された。				
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 日 飛 翼					(フリガナ) ニッピ ツバサ 男 子		続 柄 子		○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3 その他 ())		
										○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)		
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分			
	() 年 月 日		自・ 年 月 日 ~ 至・ 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続			
	傷病名											
	初 検 1 回											
	は											
	施 術 料											
	電 話											
	特											
	往 来											
	施 術 料											
施 術 証 明 欄	上記										31	
	免許登録											
	免許登録番号										きゅう師 氏 名 電話	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										〒 123 - 4567	
	〇〇〇〇年 〇月 〇日		申請者 (被保険者) 殿		住所 横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇		氏 名 日 飛 健 人		電話 045-xxxx-xxxx			
支 払 機 関 欄	支払区分		1. 振 込		2. 銀 行 送 金		預金の種類		金融機関名		銀行 本店	
	3. 郵便局送金		4. 当 地 払		3. 通知		4. 別段		金庫 支店		農協 出張所	
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入		口座番号								郵便局	
	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間			
同意記録は施術者に記入してもらってください。												
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日												
申請者 住所 (被保険者) 氏名												
代理人 住所 氏名												

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。 日本飛行機健康保険組合