

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

(4 年 5 月分)

東京貨物運送健康保険組合

(はり・きゅう・あんま・マッサージ)

①被保険者証の 記号・番号	記号 1000 番号 123	②事業所の名称	株式会社〇〇運送		
③被保険者の 氏名とフリガナ	フリガナ トウカ タロウ 東貨 太郎	④生年月日	昭和 平成 令和	48年 5月 1日 (49歳)	
⑤受療者氏名	氏名 東貨 美子 被保険者との続柄 (妻)	⑥生年月日	昭和 平成 令和	50年 7月 5日 (46歳)	
⑦被保険者の 住所	〒 100 - 0001 東京都新宿区〇〇1-1 マンション〇〇101 日中連絡がとれる電話番号 03(××××)××××				
施術を受けた日 に○をしてください (往療は◎)	5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
⑧傷病名	脳出血		⑩発病又は負傷 の原因及びその 経過	脳出血の後遺症による左片麻痺が 継続している	
⑨発病又は負傷 の年月日	昭和 平成 令和	4年 4月 15日			
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑫第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
⑬被 保 険 者 口 座	銀行名		支店名		支店コード
	〇〇 銀行・信金 信組・農協		〇〇 支店		123
	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入)		
1. 普通 2. 当座 3. その他	123456	トウカ タロウ			
同意 記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	〇〇四郎	東京都新宿区〇〇1-2-3	令和 4年 5月 1日	脳出血	令和4年5月1日～ 令和4年10月31日

注意事項

- 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- 施術の領収書の添付。
- 施術内容のわかるもの(当組合にも別紙用意があります)の添付。
- 初めて施術を受け申請する場合は必ず医師の同意を受け、「医師の同意書」を添付してください。
- 再同意を受けた場合は同意記録欄にご記入ください。

受付日付印

