

鍼灸・マッサージの場合

(治療費全額支払い後の還付)

支給決定伺

同 年 月 日	令和 年 月 日	支 給 内 記 録	金 額 (円)
支 給 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	支 給 内 記 録	金 額 (円)
資 格 取 得	平成 年 月 日 令和 年 月 日		
資 格 喪 失	令和 年 月 日		
標 準 報 酬	月額 千円		

\*添付資料

- 治療院の発行した療養支給申請書
- 領収書 (施術日が記入してあるもの)
- 医師の証明書 (初回・以降は6か月毎)
- 治療院の施術報告書 (継続者のみ6か月毎)

\*注意事項

- 1か月毎 (1日~末日) に申請してください。
- 申請書類の提出は会社人事へお願いいたします。

記入・押印不要 (健保使用欄)

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 等 記 号・番 号	記 号 <b>101</b> 番 号 <b>12345</b>	被 保 険 者 氏 名	<b>健保 太郎</b>	
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	<b>健保 花子</b>	生 年 月 日	昭和 平成 令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	続 柄 <b>妻</b>
療 養 支 給 の 申 請 を し た 理 由	治療用 器具 の場合 ⇒ 領収日 <b>記入不要</b> 月 日 診療区分 1. 通院 2. 入院	・確認書申請中 ・前加入健保返還払い の場合 ⇒ 1. 通院 自 令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日 2. 入院 至 令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日 <b>XX</b> 日間	① 鍼灸・マッサージ・他 ( ) ② 鍼灸・マッサージ・他 ( )	
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	平成 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	負 傷 の 原 因	どこで・どのように	
傷 病 名	<b>XXXXXXXXXX</b>	負 傷 の 状 況	<b>XXXXXXXXXX</b>	
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名	<b>XXXXXXXX鍼灸院</b>	医 師 の 氏 名	<b>XXXXXXXX病院 XX XX</b>	
第 三 者 の 行 為 に よ る 負 傷 で あ る 時 は 第 三 者 の 住 所 氏 名	<b>鍼灸院・マッサージ 院の名前</b>	診 療 に 要 し た 費 用	<b>12,345</b> 円	
振 込 先	銀行コード <b>X X X X</b> 店番号 <b>X X X</b> フリガナ <b>ケンポ タロウ</b>	フリガナ	<b>ケンポ タロウ</b>	
	フリガナ <b>XXXX</b> 銀行・信組 信金・農協 <b>XXXX</b> 支店 <b>XXX</b>	名 義 人	<b>健保 太郎</b>	
		口 座 番 号	<b>X X X X X X X X</b> (普) 貯・当	
こ ころ	※被保険者の口座をご記入願います。 上記のとおり申請いたします。 令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日 被保険者 (申請者)		会社名 <b>JVCケンウッド</b> 所 属 <b>XX部XXグループ</b> 〒 <b>123-4567</b> 自 宅 住 所 <b>東京都XXXX...</b> 氏 名 <b>健保 太郎</b> ☎ <b>123 ( 456 ) 7890</b>	
	通院の最終日以降の日付 <b>JVCケンウッド健康保険組合 殿</b>		口座の名義は被保険者	

注意事項

- 治療用器具代金を申請する時は  
 <コルセットなどの器具>  
 医師の「証明書」と補装具製作所の「領収証 (明細記載)」を添付してください。  
 ※靴型装具(足部を覆う装具)の申請は購入した装具の現物写真を添付してください。  
 <治療用眼鏡・治療用コンタクト>  
 医師の「眼鏡等作成指示書」(検査結果が明記)と領収書(レシート不可・明細添付)
- 診療内容に基づく申請の時は  
 <前加入健保への返還払い> 案内書・診療報酬明細書と領収書を添付して  
 <資格確認書申請中> 病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書を添付して  
 <資格確認書不携帯> 病院発行の診療報酬明細書(傷病名記載)と領収書と状況説明書を添付してください。
- はり・きゅう・マッサージを申請する時は  
 治療院で発行している療養費支給申請書と「領収書」を添付してください。  
 医師の「同意書」と施術院発行の「施術報告書」は6か月毎に添付してください。
- 申請するときは月単位で(通院・入院・薬局は分けて)申請書に記入してください。
- 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

事 業 所 者 健 保 担 当 者	健保受付印
※事業所の健保担当者が記入	健保使用

領収書宛名は療養を受けた人の名義