

決 裁	支給決定日 年 月 日		
	常務理事	事務長	担当者

決 定 額			
	円		
	資格取得日	年 月 日	
	資格喪失日	年 月 日	

## 療養費(はり・きゅう、あんま・マッサージ)支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 番号 —	事 業 所	名称	
	被保険者氏名	(生年月日 年 月 日)		住所	
				連絡先	
	受診者氏名		生年月日	年 月 日	
			被保険者との関係		
	傷病名	別添申請書に記載の通り	発病または 負傷の年月日	別添申請書に記載の通り	
	施術院の 住所 〒	—			
	施術の療養を 受けた施術院 の名称及び所 在地等	電話 _____			
		名称 _____	氏名 _____		
	施術費の総額	円	療養の種類 (いずれかに○)	はり・きゅう	あんま・マッサージ
※領収証(原本)をすべて添付してください。					
第三者行為によ る傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい →別途「第三者行為による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ	業務上、または通勤途上 での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい →事業所へ届出 <input type="checkbox"/> いいえ		
上記のとおり請求します					
ロイヤル健康保険組合 理事長殿 年 月 日		被保険者の 住所 〒	氏名	(印)	
		電話			
被保険者名義の振込銀行口座					
<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	普通預金	カナ		
<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	口座番号	名義		
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 出張所				

※ はり・きゅう、あんま・マッサージの療養を受けたときは、施術費用全額(10割)をお支払いいただき  
本申請書に被保険者記載の上、下記①～③の書類を添付して下さい。  
内容審査終了後、被保険者のお口座へ健保組合よりお振込いたします。

《添付書類》

- ① 医師の同意書
- ② はり・きゅう、あんま・マッサージ施術院が発行する療養費支給申請書(月単位で1枚)  
※施術内容等が詳細に記載されているもの
- ③ はり・きゅう、あんま・マッサージ施術院に支払った領収書(10割分)の原本

受 付 日