

健康 保記入欄	常務理事	事務長	係	係	資格	得	年 月 日
						喪	年 月 日

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (はり・きゅう用)
家 族

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号					—						被保険者 氏名	(フリガナ)	
	被保険者 住 所	〒 — 連絡先（自宅又は携帯） — —												
	(被扶養者の場合) 療養を受けた者の 氏名	(フリガナ)										続柄	傷病名	
		昭和 平成 令和 年 月 日 生											発症または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	発症または負傷の原因およびその経過：													
	該当の傷病は業務によるものですか ： いいえ ・ はい 該当の傷病は他人の行為によるものですか ： いいえ ・ はい													
	施術した場所 （入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）													
	振込口座	金融機関名			支店名			種別		口座番号			口座名義（カナ）	
*被扶養者の方が療養を受けた場合でも、被保険者の方の口座をご記入ください														

領
収
書
貼
付
欄

