

記入例(はり・きゅう・あんま・マッサージ)

K-1-1

健康 使用 欄	支給決議書			常務理事	事務長	次長
	支給額	円				
	支給内訳	法定	円			
		付加	円			経 理
	区 分	本人・家族・6歳未就学・高齢(割)				
	資格取得日	年 月 日				
資格喪失日	年 月 日					

健康保険 **被保険者** 療養費・付加金支給申請書/第1回目  
 家 族 (はり・きゅう・あんま・マッサージ代)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸(株)							
	③ 被保険者の 氏名と印	空野 太郎		④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和	年	月	日			
					<input type="radio"/> 平成	5 0 0 1 0 1					
	⑤ 被保険者の 住所・連絡先	郵便番号	東京都新宿区西新宿1-1-1								
		1 6 3 8 6 1 1	連絡先電話番号	03-5001-3550							
	⑥ 療養が被扶養者 に関するときは、 その者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄			
	⑦ 傷 病 名	腰痛症		⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	X X	0 5	0 2				
	⑨ 発病又は負傷の原 因 およびその 経過	歩行中に転倒し負傷する									
	⑩ 施 術 者	名称	国立相模原台治療院			氏名	大下 俊一				
		所在地	相模原市清里3-10-2								
	⑪ 施術の期間	自	X X	0 5	0 1	至	X X	0 5	3 1	日 数	⑫ 施術に要した費用の額
										5 日	48,000 円
	⑬ 第三者の行為に よるものですか	<input checked="" type="radio"/> いえ <input type="radio"/> はい	⑭ ⑬が「はい」の場合 健保への申請を		している ・ していない						
⑮ 支払金融機関	銀行 金庫 農協 本店 支店										
※該当者のみ記入	預金 種別	普通 当座	口座 番号	口座 名義				(カタカナで記入)			
⑯ 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	委任者と代理人との関係			事 業 主							
	事業主印以外は、すべて記入・捺印			令和 XX年 6月 1日							
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (請求者)	氏名	空野 太郎		住所	東京都新宿区西新宿1-1-1					
	代理人の 氏名と印	全日本空輸(株)		代理人 の住所	東京都港区東新橋1-5-2						

※ 該当者=請求書提出時にANA健保の資格を喪失している方

受 付 日 付 印

【注意事項】

- 申請書は1ヶ月毎1枚必要です。
- 「被保険者が記入するところ」(太枠内①~⑯)の必要事項を全て記入して下さい。

【添付書類】

- 医師の同意書の原本  
※ 継続の場合、6ヶ月毎の同意が必要(改めて医師の診察、同意書の交付が必要)
- 施術者発行の「施術(明細)証明書」又は「療養費支給申請書」の原本
- 領収書の原本

(備考)