支給決定額

支給決定伺

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令　和	年	月	日

健康保険　被保険者　被扶養者

療養費請求書（はり・きゅう用）

＊太枠線内を記入してください

施術に要した費用の領収書を添付してください

提出日	令和　年　月　日	本人家族区分	□ 被保険者　□被扶養者
被保険者証等記号・番号	記号　番号	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)　(名)
事業所名称		所属部・電話	(TEL　)
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
対象者が被扶養者の場合その氏名		続柄		被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和　年　月
傷病名		発病又は負傷日	令和　年　月　日
発病又は負傷の原因及びその経過			
第三者行為に因る施術ですか？	□ はい　□ いいえ　⇒「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」をご提出ください		
施術を受けた施術所	所在地		
	名称　(施術者名)		
施術の期間（支給期間）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日数	日
内入院期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日	施術に要した費用の額	円

委任状

表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。

令和　年　月　日　　氏名を自署されても捺印は必要です。

被保険者氏名　　印

給付照会の同意欄

私は、保険者(ロジスティード健康保険組合)が給付に関して必要があるときは、医療機関等に照会を求めることに同意します。

なお、本書面の写しも有効と認めます。

被保険者氏名　　印

《 添付書類 》添付漏れがあると受付できません

1．施術所から提供された「療養費支給申請書（はり・きゅう用）」

2．当施術が治療上有効と認める医師の同意書（健保指定帳票 K-005）

注）請求の都度、同意書の原紙または写しの添付が必要

3．施術を受けた施術所で受け取った領収書（原本）

4．第三者による傷病の場合は、「第三者による傷病届」(健保指定帳票 K-401)

受付日付印