保険給付決定伺い					
支給総額		担当者	事務長	常務理事	
支給内訳	療養費				
	第二家族療養費				
	一部負担還元金		資格取得	・	・
	家族療養付加金				
	高額療養費		資格喪失	・	・
	合算高額療養付加金				

被保険者
家族

療養費支給申請書　（鍼灸、あんま、指圧）

被保険者等記号・番号	1 ― 1234	被保険者が勤務している事業所	中日新聞社
傷病名	腰痛症	発病または負傷年月日	明確でない場合は〇年〇月頃など記入 令和〇〇 年〇〇 月〇〇 日
発病または負傷の原因	どこでのように（原因が特定できない場合は「不詳」と記入		
傷病の経過			
施術または手当の内容			
施術または手当の期間（月ごとでまとめる）	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで	〇〇日間	施術に要した費用　5, 000 円
施術者名と住所（施術所ごとでまとめる）	〇〇鍼灸接骨院 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号		
立替払いの理由	鍼灸・あんま・マッサージ・指圧師の施術を受けたため		
傷病が第三者行為によるときは事実ならびに第三者の住所・氏名			
被扶養者の申請の場合は氏名・生年月日・続柄	氏名：中日　愛子	生年月日：昭和〇〇年〇〇月〇〇日	続柄：妻

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所　〒 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

被保険者　氏名　中日　一郎

日中対応可能な電話番号　（〇〇〇）〇〇〇〇 ― 〇〇〇〇

中日新聞社健康保険組合殿