

| 保 險 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 | | | | | |
| 合 算 高 額 療 養 付 加 金 | | | 資 格 喪 失 | ・ | ・ |

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 (鍼灸、あんま、指圧)
家 族

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| 被 保 険 者 証 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 ○ 年 ○ 月 頃 な ど 記 入 令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 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 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 か ら ○ ○ 日 間 | 施 術 に 要 し た 費 用 | 円 | | |
| 施 術 者 名 と 住 所 (施 術 所 ご と で ま と め る) | ○○鍼灸接骨院 ○○県○○市○○区○○町○丁目○番○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 | 生 年 月 日 | 続 柄 | | |
| | 中日 愛子 | 昭和○○年○○月○○日 | 妻 | | |

上 記 の と お り 申 請 し ま す。

令 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

住 所

〒
○○県○○市○○区○○町○丁目○番○号

被 保 険 者 氏 名

中日 一郎



日 中 対 応 可 能 な
電 話 番 号

(○○○) ○○○○ - ○○○○

中 日 新 聞 社 健 康 保 険 組 合 殿