

極秘

療養費支給申請書（本人・家族）

年 月分
（はり・きゅう用）

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

Form with fields for insured person details: ①被保険者証の記号と番号, ②事業所の名称, ③被保険者の氏名, ④被保険者の生年月日・年齢, ⑤被保険者の住所, ⑥療養を受けた者の氏名・続柄, ⑦療養を受けた者の生年月日・年齢, ⑧傷病名, ⑨発病又は負傷の年月日, ⑩発病又は負傷原因及びその経過, ⑪業務上の負傷ですか, ⑫第三者の行為によるものですか, ⑬振込先 (銀行, 支店, 支店番号, 口座名義, 口座番号, 口座名義).

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。（マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

【はり師・きゅう師の記入欄】

Form for practitioner details: 傷病名 (1-7), 請求区分 (新規・継続), 初療年月日, 施術期間, 実日数, 初検料 (はり, きゅう, 併用), 施術内容欄 (施術料, 往療料), 費用額合計, 施術日 (通院/往療), 施術証明欄 (同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間).

【添付書類】「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本（初回及び6か月ごと）

社会保険労務士記載欄