

支給決定伺		支給決定 令和 年 月 日			
給付金額	円	常務理事	事務長		担当者
款項目	-				
支払日	令和 年 月 日				

療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ用)
 家族療養費

一、この申請書により申請する月の該当日のみ〇(往療は◎)で囲んでください。
二、往療が行われた場合は、往療が必要とした理由を摘要欄にご記入下さい。

被保険者証記号	6010	被保険者証番号	123456		枝番	09
対象者氏名	兼松 花子	生年月日	S 40年 3月 3日	続柄	妻	
傷病名	筋麻痺	発病又は負傷年月日	R 1年 5月 12日			
発病又は負傷状況	<input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 勤務中(出張中含) <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの					
発病又は負傷原因	原因不明	施術に要した費用	6,100 円			
請求区分	新規	請求日		日		
施術内容	あんま・マッサージ師が記入する欄					
施術証明欄	施術証明欄					
同意記録	同意記録					

「この欄は、あんま・マッサージ師に記入して貰って下さい。」

*記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。
個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

☆退職者又は任意継続被保険者のみ(現役社員は記入不要)					
振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する ※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。(但し被保険者の銀行口座に限る。)				
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

兼松健康保険組合 殿

受付日付

令和 1 年 10 月 15 日以上により申請します。

被保険者氏名 兼松 太郎