

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゆう用)

被保険者欄
被保険者証の記号 番号
氏名 (フリガナ)
生年月日
電話番号 (日中の連絡先)
会社名 事業所 所属

申請内容
療養を受けた方 氏名
生年月日
発病または負傷年月日
傷病名
発病または負傷の原因
傷病の事由

施術者記入欄
傷病名
転帰
初療年月日
施術期間
実日数
初検料
施術料
往療料
費用合計
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

同意記録欄
同意医師の氏名
所在地
同意年月日
傷病名
要加療期間

[備考]
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、備考欄へ記入してください。
受付日付印