

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

鍼灸・マッサージ

常務理事	事務長	室長	担当

被保険者療養費・一部負担還元金
家族療養費・家族療養付加金

兼高額療養費 支給申請書

該当者 いずれかに○印		本人
	○	家族

1. 病院の同意書
2. 鍼灸院のレセプト
3. 領収書(10割)
すべて原本を添付して下さい。
注: 保険証を使えない場合もあります

添付書類

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所 属			
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 123-1234 〇〇部 〇〇課			
	受診者氏名	健保花子	続柄	妻	生年月日	平成・令和 〇〇年	初診日を記入して下さい。
	傷病名	〇〇〇	診療開始日	平成・令和 〇〇年 〇月 〇日			
	診療期間	平成〇〇年 〇月 〇〇日から 令和〇〇年 〇月 〇〇日まで	〇 日間	1. 入院 ② 外来	総医療費	〇〇,〇〇〇 円	
	医療機関名 および医師名	鍼灸院 (施術師名)			1. 保険医 ② 保険外医師		
	傷病の原因	第三者行為 ・ 私傷病 (外傷の場合は傷病原因届を提出して下さい。)					
	保険診療を受けられ なかった理由 (該当番号に○印)	1. コルセット・ギプス代 2. あんま・マッサージ治療 ③ はり・きゅうの治療 4. その他… 詳細に記入して下さい。					
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可	銀行コード			預金種別
		支店名		支店コード			普通 当座 貯蓄
	口座名義	カタカナで記	口座番号				
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇月 〇日 〒123-1234 被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町 被保険者氏名 健保太郎 (健保) 電話番号 012-123-1234							
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、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。							
支給対象額				支払区分			
円				1. 個人 2. 任継 上記以外事業主			
記号・番号で申請の方は 記入の必要はありません。							