

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)				
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日	年 月 日	
	4 発病の原因および経過 (ケガの場合は詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	ケガの場合は、いつ、どこで、何を、どこを、どのように負傷したか記入			
	5 第三者行為の該当・非該当	<input type="checkbox"/> 1. 該当 2. 非該当	第三者の行為とは、おケガの原因が交通事故などで相手がいる場合を指しますので、その際は「1.の該当」を、転倒や自損事故などは「2.非該当」になります。			
	6 施術を受けた鍼灸院の	名称	所在地			
	7 施術を受けた期間(月単位)	年 月 日から 年 月 日まで		日数	日	
	8 療養に要した費用の額	円 (10割負担した領収書の額)				
	9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. はり・きゅうの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目10を記載して下さい <input type="checkbox"/> 2. マッサージの施術を受けたため ⇒同意書の添付がない場合は、項目11を記載して下さい				
	10 はり・きゅうの同意記録	※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間等を下記に記載して下さい。 (加療期間については、医師から指示がある場合に記入)				
	11 マッサージの同意記録	※初療の日または再同意の日から6ヶ月を経過した場合は「同意書」の添付が必要となります。 同意期間内の請求は、病院・医師の氏名、同意年月日、要加療期間を下記に記載して下さい。 ※変形徒手矯正術の施術の場合は、毎回同意書の添付が必要となります。				

◇この申請書は一月単位での申請となります。（一つの申請書で複数月の申請はできません）

1. 添付書類

(1) はり・きゅう施術の場合

- ①初回の申請及び同意の日から6ヶ月経過した場合は医師の**同意書の原本**
- ②はり・きゅう用施術内容報告書（同様の内容が網羅されていれば組合様式でなくても構いません）
- ③10割負担した**領収書の原本**
- ④施術報告書交付料が徴収された場合は、施術報告書の写し
- ⑤初療の日から1年以上が経過して、月に16回以上施術を受けた場合は、
「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（はり・きゅう用）」

(2) あんま・マッサージ施術の場合

- ①初回の申請及び同意の日から6ヶ月経過した場合は医師の**同意書の原本**
（※）変形徒手矯正術の施術の場合は、その都度「同意書」の添付が必要です
- ②あんま・マッサージ用施術内容報告書（同様の内容が網羅されていれば組合様式でなくても構いません）
- ③10割負担した**領収書の原本**
- ④施術報告書交付料が徴収された場合は、施術報告書の写し
- ⑤初療の日から1年以上が経過して、月に16回以上施術を受けた場合は、
「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（マッサージ用）」

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

(1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について

記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。

(2) 振込先指定口座について

被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。

(3) マイナンバーでの申請について

被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

(1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先

この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

(2) 振込日について

記載事項及び添付書類に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。