

受付年月日	年 月 日	支給額	円	決裁				

2026年7月改定

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号						○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過							
	2		9	9	9	9	○○○○年○月○日		神経痛 / ○○整形外科に通っていたが症状が良くならず、 ○○整形外科の○○先生に、はり・きゅう治療を行うよう指示された。							
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)				続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無							
			日飛 今日子		男 女	妻	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())									
		XXXX 年 XX 月 XX 日生						○施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)								
施 術 内 容 欄	施術内容・施術証明欄は施術者に記入してもらってください 訂正するときは二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し 訂正者の氏名(サイン)または認印を押してください															
施 術 証 明 欄																
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。														〒 123 - 4567	
	○○○○ 年 ○ 月 ○ 日														住所 横浜市○○区○○町○-○○-○	
同 意 記 録	日本飛行機健康保険組合理事長 殿														申請者 (被保険者) 氏名 日飛 健人	
															電話 045 - XXX - XXXX	
同意記録は施術者に記入してもらってください																