

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゆう用)

被 保 険 者 欄	被保険者証等の記号番号	記号	番号	所属事業所名および電話番号	電話() -		
	被保険者氏名			生年月日	年 月 日		
	療養を受けた者の氏名			生年月日	年 月 日		
	続柄	業務上外、第三者行為の有無					
	発病又は負傷年月日	年 月 日	1. 業務上(有・無) 2. 第三者行為(有・無) 3. その他()				
(発症又は負傷の原因及びその経過)							
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分	
	年 月 日	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日			日	新規・継続	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()				転帰	
	初検料(1.はり 2.きゆう 3.はりきゆう併用)					円	
	施 術 料	はり	円	×	回	=	円
		きゆう	円	×	回	=	円
		はり・きゆう併用	円	×	回	=	円
		電療料(1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)	円	×	回	=	円
	往療料 4kmまで		円	×	回	=	円
	加算(km)		円	×	回	=	円
施術報告書交付料					円		
費用額計					円		
施術日(通院○往療◎)		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
	年 月 日	〒	-				
	免許登録番号	はり師	住所				
免許登録番号	きゆう師	氏名	◎				
電話番号							
申 請 者 自 署 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。						
	年 月 日	〒	-				
	マイクロソフト保険組合 理事長 殿	住所					
	氏名	◎					
電話番号							
同 意 記 録	同意医師の氏名	病院または診療所所在地					
		〒	-				
	同意年月日	傷病名	要加療期間				
	年 月 日		年 月 日 ~	年 月 日			
備考							

【給付金の支払について】

①**在職の被保険者**：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	年 月 日
	被保険者 (申請者)	◎ ※被保険者が記入するところと同じ印

②**任意継続被保険者**：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③**退職者(任意継続被保険者除く)**：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

支 払 金 融 機 関	銀行	本店	普通	当座
	信用金庫	支店		
	フリガナ	口座番号		
口座名義 (被保険者名義)				

受付日付印

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合にはをお願いいたします。)

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合：〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合理事長 殿