

健康保険被保険者療養費支給申請書

1

2

はり・きゅう用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生年 月日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			☐ 同意する ☐ 同意しない		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

振 込 先 指 定 口 座	☐ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。					
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。					
	金融機関名・店舗名	農業協同組合				
	金融機関コード ・店番号		口座 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座 番号	
口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。				口座名義 の区分	1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	氏名	(フリガナ)		

「被保険者記入欄」は2ページに続きます。>>>

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

添付書類	・領収書【原本】 ・施術内容証明書(別紙に証明を受けた場合) ・医師の同意書【原本】(別紙に証明を受けた場合) ※初療日又は医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には、医師の再同意が必要です。 ・施術報告書【写し】(施術所から貰い受けた場合)	受付日付印
注意事項	慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。 (本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

