

Example

療養費支給申請書 ( 2024年 10月分) (はり・きゅう用)

Application Form for Medical Care Expenses (for\_ / \_ (YYYY / MM)) (for Acupuncture or Moxibustion)

被保険者記入欄 Fields to be entered by the insured person				
被保険者等の Information about Insured person, etc.	記号 Symbol 1234 ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field.	番号 Number 12345678	生年月日 Birth Date 1975 年 06 月 01 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	
被保険者氏名 Name of Insured Person	John Smith		事業所名称 Business Entity Name	* * * * * CO., LTD.
被保険者住所 Address with Zip Code of Insured Person	(〒 - ) Please fill in your current address			
施術した場所 Location of Treatment	(〒 - ) * 入居施設や住所地特例等、上に記載の住所地と異なる場合に記載 *Fill in if different from the address listed above, such as for residential facilities or domicile exceptions, etc.			
施術が被扶養者に 関するときは、その方の Information about dependent if this is about him/her	氏名 Name Jane Smith	生年月日 Birth Date 1977 年 10 月 01 日	被保険者との続柄 Relationship with Insured Person Wife	
傷病名 Name of Illness or Injury	Lower back pain		01 月 10 日 _ / _ (YYYY / MM / DD)	
傷病の原因及び経過 Causes and History of Illness or Injury	Accumulation of fatigue in daily life: recovery is progressing well			
第三者の行為によるものですか → Caused by a Third-party ?		はい Yes いいえ No	業務によるものですか → Caused by work ?	
はい Yes いいえ No				
同意記録 Consent Record				
同意医師の氏名 Name of Consenting Doctor Akasaka Ichiro	住所 Address ***-** OO, OO Prefecture	同意年月日 Date of Consent 20* * 年 * * 月 * * 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	傷病名 Name of Illness or Injury Lower back pain	要加療期間 Required Medical Treatment Period 6 months
給付金支払先 Benefit payment account				
給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account. 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。 If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following.				
<input type="checkbox"/>	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。 I will use the public fund-rece...			
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル... I want benefits to be paid to a... etc. [必要添付書類] 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.			

※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を希望される場合は健康保険組合へご相談ください。

\* If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

