被保険者
家　　族

療養費支給申請書（令和　6年　10月分）（あん摩・マッサージ・指圧用）

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号番号	②被保険者（申請者）氏名	性別	生年月日
100　―　1000	健保　太郎	(男)・女	昭・(平)　1年　8月　1日

③被保険者（申請者） 住所・電話番号	〒 452-0012　TEL　052-551-8526 愛知県名古屋市西区名駅〇－〇－〇　△△ビル***号
④事業所名称	トーテックアメニティ株式会社

⑤被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。

氏名	健保　花子	生年月日	昭・(平)・令　1年　7月　8日	被保険者との続柄	妻

⑥傷病名	変形性膝関節症
⑦発病または負傷年月日	平・(令)　2年　6月　2日
⑧発病または負傷の原因およびその経過	業務・通勤災害又は第三者行為外原因による
⑨第三者によるものですか	はい・(いいえ) 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。
⑩業務中に発生したものですか	はい・(いいえ)
⑪施術を受けた施術所	名　称：マッサージ治療院 所在地：愛知県名古屋市中区栄〇－〇－〇　□□ビル
⑫被保険者同意欄	療養を受けた医療機関等にトーテックグループ健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名　健保　太郎

※同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。

令和　2年　7月　1日　　被保険者氏名　健保　太郎

委任された者の
事業所所在地　名古屋市西区名駅2-27-8
事業所名称　トーテックアメニティ株式会社
代表者氏名　代表取締役　坂井 幸治

※被保険者が療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。（申請者名義の口座のみ振込可能）

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義
銀 金 付				(ｶﾞﾅ)

被保険者が療養費申請時に退職している場合、または被保険者死亡により遺族が申請する場合のみ、振込口座を記入してください。

トーテックグループ健康保険組合

【注意事項】　※申請書は1ヵ月単位（暦日１日～３１日）で記入してください。
※支給決定まで時間がかかる場合があります。