

被 保 険 者 欄	○被保険者等記号・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	
			年 月 日			
	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	
		男 ・ 女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())	
		明・大・昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)	

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				
	令和 年 月 日				〒 ー		所在地				
	登録記号番号				氏 名		名 称				
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。				〒 ー						
	令和 年 月 日				申請者		住所				
	神鋼商事健康保険組合 殿				(被保険者)		氏名				
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類		金融機関名		銀行		本店
	1. 振 込				1. 普通		2. 当座		金庫		支店
	3. 郵便局送金				4. 当地払		3. 通知		4. 別段		農協 出張所
同 意 記 録	□ 座 名 義 カタカナで記入				□ 口座番号						郵便局
	同意医師の氏名				住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間
							令和 年 月 日				

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。