

① 被保険者等 記号・番号	記号		② 被保険者 氏 名 生年月日																								
	番号			昭和 ・ 平成	年	月	日																				
③ 被保険者の 住 所	〒 -			電話	()																						
				携帯	()																						
④ 事業所名称																											
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		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日																					
						被保険者 との続柄																					
⑥ 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()																										
⑦発病または 負傷年月日	平成 ・ 令和 年 月 日																										
⑧発病または 負傷の原因 (詳細に記 入)	い つ・・・																										
	ど こ で・・・																										
	ど の よ う に・・・																										
⑨第三者によるものですか		はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」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 の 名 称 ・ 所 在 地	名 称																										
	所 在 地																										
⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください)	令和 年 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	【 日間】																				
※暦月単位でひと月につき1枚の申請用紙が必要となります。																											
⑬ 被 保 険 者 同 意 欄	療養を受けた医療機関等に大阪府貨物運送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 :																										
※同意医師へ申請内容に対して確認させて頂く場合があります。																											
⑭ 振 込 先	口座名義人の氏名			預金種別																							
	フリガナ			普通 ・ 当 座																							
				(口 座 番 号)																							
			銀行・信用金庫 農協・信用組合																								
			支店																								
※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。																											

※以下の欄は、はり、きゅうに関する振込を代理人にする場合に記入してください。
ただし、代理人は被保険者（申請書）の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への振込（委任）はできません。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に 関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名		被保険者との関係
		フリガナ		
	令和 年 月 日	代理人の住所・電話番号		
	被保険者氏名	〒 -		
		電話 ()		

