

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書( 年 月分) 【あん摩・マッサージ・指圧用】

被 保 険 者 ( 請 求 者 ) が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号番号	159-	被保険者 氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	
	被保険者の住所	〒			事業所 の名称	株式会社マキタ
	受診者氏名			被保険者 との続柄	受診者の 生年月日	昭・平 年 月 日
	発病又は 負傷年月日	平・令 年 月 日	発病又は 負傷の原因			
	業務上又は第三者行為によるものですか? はい ・ いいえ					
	下記に関して申請します。医療機関等に健保組合が照会する事について同意いたします。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊦ マキタ健康保険組合理事長殿					
	委任状	私は給付金の受領を下記受任者に委任します。 *給料に含めて支払うため必須! 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊦				
受任者	安城市住吉町3-11-8 株式会社 マキタ 取締役社長 後 藤 宗 利					

施 術 者 が 記 入 す る 欄	初療年月日	令和 年 月 日														施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						実日数	日
	傷病名又は症状															請求区分	新規 ・ 継続							
																転帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医							
	マ ッ サ ー ジ															円×	回=	円	摘 要					
																円×	回=	円						
																円×	回=	円						
																円×	回=	円						
																円×	回=	円						
																円×	回=	円						
																円×	回=	円						
変形徒手矯正術															円×	肢×	回=	円						
温罨法															円×	回=	円							
温罨法・電気光線器具															円×	回=	円							
往療料 4kmまで															円×	回=	円							
往療料 4km超															円×	回=	円							
施術報告交付料 (前回支給:平成 年 月分)															円×	回=	円							
費 用 額 計																	円							
施 術 内 容 欄	施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
	( 月 )	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	※通院○・往療◎											
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															所在地	_____							
	免許登録番号 _____															施術所名	_____							
同 意 記 録	あん摩マッサージ指圧師 _____														氏名	_____ ㊦ 電話: _____								
	同意医師氏名															同意年月日	令和 年 月 日		マキタ健康保険組合 受付印					
	同意医師住所														要加療期間									

【添付書類】①医師の同意書(原本) ②施術に要した費用の領収書(原本)  
※2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『同意記録』の記載が必要となります。