

# 見本

太線内をもらえなく記入・捺印してください。

## 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書【はり・きゅう用】

### <添付書類>

- 医師の同意書（原本）※  
※2回目以降の申請において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（同意記録の記載は施術者が行います）。

#### 同意書の有効期限

1日～15日までに医師が同意書を作成した場合：同意月の5ヵ月後の末日まで有効

16日～月末までに医師が同意書を作成した場合：同意月の6ヵ月後の末日まで有効

- 施術に要した費用の領収書（原本）
- 施術報告書の写し（施術者が施術報告書交付料の支給申請をされる場合）

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号番号	159 ー従業員番号	被保険者 氏名	被保険者氏名	生年月日	被保険者の生年月日	
	被保険者の住所	連絡が取れる住所・TEL				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		
	発病又は 負傷年月日		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？ 該当する方に○をつけてください。						
	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						

忘れずに記入・捺印  
してください！

施術者が記入する欄（施術内容欄）

施術者（はり師・きゅう師）に記入してもらってください。

記入・捺印もれのないよう確認後、マキタ健保へ提出してください。

〒446-8502 安城市住吉町3丁目11番8号 マキタ健康保険組合 TEL 0566-97-1715（内線：2735）