

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書( 年 月分)【はり・きゅう用】

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	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ( )																
	請求区分	新規	継続	転帰	継続・治癒・中止・転医													
	初検料	1はり	2きゅう	3はりきゅう併用	円	摘 要												
	施 術 料	はり	円×	回=	円													
		きゅう	円×	回=	円													
		はり・きゅう併用	円×	回=	円													
		電療料 1電気針 2電気温灸器 3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:令和 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													
	同意記録	同意医師氏名	同意年月日	傷病名	マキタ健康保険組合 受付印													
		令和 年 月 日																
	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。