

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

東海マツダ販売健康保険組合 殿

(年 月 分)
(あんま・マッサージ・指圧用)

注意事項

- 暦月ごとに、この申請書を記入して下さい
- 施術の領収書は原本を添付して下さい
- 初めて施術を受ける方、その後6ヶ月ごとに、必ず医師の同意を受け、「医師の同意書」を添付して下さい
- 申請書の⑪⑫が「はい」の場合は、東海マツダ販売健康保険組合まで連絡してください 電話052・884・2132

被保険者本人が記入するところ	①被保険者証の記号番号		②事業所の名称			
	③被保険者の氏名と印	フリガナ	④生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	
	⑤被保険者の住所	〒 日中連絡がとれる電話番号 ()				
	⑥申請が被扶養者に関する時はその者の	氏名 被保険者との続柄()	⑦生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	
	⑧傷病名			⑩発病又は負傷原因及びその経過		
	⑨発病又は負傷の年月日					
	⑪業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ		⑫第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ	
	⑬振込先	銀行名		支店名		支店コード
		銀行		支店		口座番号
		預金種別	口座番号		口座名義(カタカナで記入)	
1 普通						
2 当座						

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	自令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		実日数	請求区分
	傷病名または症状							新規・継続
	マッサージ	軀幹	円×	回=			円	摘要
		右上肢	円×	回=			円	
		左上肢	円×	回=			円	
		右下肢	円×	回=			円	
		左下肢	円×	回=			円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=			円	
	温電法	円×					円	
	温電法・電気光線器具	円×					円	
往療料 4kmまで	円×					円		
往療料 4km超	円×					円		
合計							円	
施術日	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							
通院○ 往療◎	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。							
令和 年 月 日	はり師・きゅう師		住所		氏名		電話番号	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名		要加療期間		
			平成					
			年 月 日					

※本書に記入いただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名

代理人 住所
氏名

受付日付印

※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)場合に記入してください。