

協会けんぽ・国保・後期高齢者 (被保険者・家族) 療養費支給申請書
共済・組合

平成 年 月分 (マッサージ用)

会員機関番号

2 本人
4 6歳未満
6 家族
8 高齢8・9
0 高齢7

特記事項 種類 04 マ

公費負担者番号																															
公費受給者番号																															
区市町村番号																															
受給者番号																															
◎被保険者氏名	(フリガナ)																														
◎被保険者住所	〒番号					(フリガナ)																									
療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名					◎生年月日																									
◎発病の原因及びその経過						◎業務上・外、第三者行為の有無																									
◎初療年月日						◎実日数																									
平成 年 月 日						入院入院外の別																									
傷病名又は症状						0:入院外 1:入院																									
マッサージ																															
変形徒手矯正術																															
温罨法																															
温罨法・電気光線器具																															
往療料 2kmまで 加算 (km)																															
合計																															
一部負担金 (1割・2割・3割)																															
請求額																															
施術日 通院○ 往療○																															
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
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	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																										
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費 (医療費) の支給を申請します。												平成 年 月 日						世帯主住所 組合員住所 被保険者氏名 受給者氏名												
支払機関欄	◎支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所																										
	金融機関コード				口座番号																										
	口座名義人	(口座名義人フリガナ)																													
委任欄	本請求に基づく療養費 (医療費) の受領を下記代理人に委任します。												平成 年 月 日提出 受付日付印																		
	平成 年 月 日																														
	世帯主住所 組合員住所 被保険者氏名 受給者氏名																														
	代理人住所																														
	氏名																														

公益社団法人 福岡県鍼灸マッサージ師会 会員用

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の揭示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。