

常務理事	理事	事務長	理事

療養費支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ用)

保険者番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者欄	○被保険者番号 宮医		○発病又は負傷年月日 平成・令和 年 月 日		○傷病名																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	○発病又は負傷の原因及びその経過																													
		昭・平・令 年 月 日生	男・女	○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																												
施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																											
	年 月 日	自・年 月 日～至・年 月 日		日	新規・継続																											
	傷病名又は症状					転 帰																										
						継続・治癒・中止・転医																										
	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 罨 法	円×		回=	円																											
	温罨法・電光線器具	円×		回=	円																											
	往療料 4kmまで	円×		回=	円																											
往療料 4km超	円×		回=	円																												
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円×		回=	円																												
合 計					円																											
一部負担金相当額(2割・3割)					円																											
請 求 額					円																											
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(施術内容欄の合計金額)を領収しました。 令和 年 月 日		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		施術所 所在地		登録記号番号(又は申し出た施術者登録番号)		名称		氏 名		印		電 話																			
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日		住所		申請者 (第1種組合員)		氏名		印		電 話																					
	宮城県医師国民健康保険組合 理事長 様																															
振込先口座	銀行		本店		預金種別		1. 普通		2. 当座		3. 貯蓄																					
	フリガナ		支店																													
口座名義		口座番号																														
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																							
					年 月 日																											

※ 必要書類を揃えて第1種組合員が当組合へ申請を行ってください。
ただし、施術者又は施術所関係者等に、給付に関する受領を委任することはできません。