支給額									円
内訳	療養費								円
	療養付加金								円

支給開始	令和　年　月　日
支給期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日　日間
前回	令和　年　月　日 令和　年　月　日
計算式	

決議	常務理事	事務長		担当者

伺年月日	
支払年月日	
資格取得日	令和　年　月　日
資格喪失日	令和　年　月　日
備考	

※上記枠内は記入しないでください。

被保険者 療養費
家族 療養付加金 支給申請書

マッサージ用

被保険者記入欄

保険証の記号	保険証の番号	被保険者氏名	会社名

診療を受けた人

受療者氏名	生年月日	続柄
	昭和・平成・令和　年　月　日 （　　歳［満年齢］）	本人 家族（続柄を具体的に記入下さい　　）

傷病名	傷病の原因及びその経過
	【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの （はい　・いいえ） 【経過】
発病または負傷年月日	

施術の期間	施術に要した費用
自：令和　年　月　日 至：令和　年　月　日　内実日数　日間	円

被保険者署名・捺印	事業主受付
健康保険組合理事長 殿　　住所 上記の通り請求します。 ただし給付金の受領を事業主に委任します。　電話 令和　年　月　日　　被保険者氏名　㊞	受付印

施術者記入欄

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成　令和　年　月　日	自：令和　年　月　日 ～ 至：令和　年　月　日	日	新規・継続

傷病名及び症状詳細					転帰
マッサージ	躯幹	円×	回＝	円	継続・治癒
	右上肢	円×	回＝	円	中止・転医
	左上肢	円×	回＝	円	摘要
	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・電気光線器具		円×	回＝	円	
往療料	2Kmまで	円×	回＝	円	
	加算（　Km）	円×	回＝	円	
合計				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、その費用を領収しました。　住所（所在地）

施術所名
氏名　㊞
電話

同意記録

同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日
		令和　年　月　日

傷病名	要加療期間	同意書有効期限	摘要
		令和　年　月　日	

＜添付書類＞
領収書（原紙）と医師の同意書（取得月は原紙。期限内コピー有効）を必ず添付して申請してください。
同意書の有効期限は最長6ヶ月です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　㊞