

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

被保険者  
 被扶養者

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）

※1か月ごとに申請してください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証	記号	0000		番号	11111											
	(2) 被保険者	氏名	太陽 太郎			(3) 被保険者が勤務する(していた)部署 支社、関連会社の 名称	太陽生命〇〇支社										
		生年月日	昭	平	50年4月1日(48歳)												
	(4) 療養を受けた方	氏名	太陽 太郎			(5) 被保険者との続柄	本人										
		生年月日	昭	平	50年4月1日(48歳)												
	(6) 傷病名	脳梗塞				(7) 発病又は負傷年月日	平	令	3年4月1日								
	(8) 発病又は負傷の原因および経過	*なるべく詳しく記入してください 脳梗塞の後遺症による間接拘縮															
	(9) 医療機関の治療の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名 <input type="checkbox"/> ×病院)		受診時期													
	(10) 施術内容																
	(11) 診療期間	自	平	令	〇年〇月〇〇	(12) 施術に要した額	〇〇,〇〇〇 円										
至		平	令	〇年〇月〇〇	日間												
(13) 第三者の行為による負傷とあり	その事実と届出の有無	該当せず					加害者の氏名										
							加害者の住所										
(14) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。															
	退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。															
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)											
		〇×銀行	〇×支店	普通	1234567	タイヨウ タロウ											
施 術 者 (はり師・きゅう師)記入欄(保険適用分)	初療年月日	平	令	年	月	日	施術期間	自	令和	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	マ ッ サ ー ジ	軀幹															
		右上肢															
		左上肢															
		右下肢															
		左下肢															
	温電法																
	電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)																
	変形徒手矯正術																
	往療料	4kmまで															
	往療料	4km超															
	施術報告書交付料(前回支払済)																
	合計																
	施術日																
	【施術証明欄】	上記のとおり															
令和																	
免許登録番号																	
同意記録	同意医師の住所・氏名	同意年月日		傷病名		要加療期間											
	住所 東京都城西區城西1-2-3	令和4年10月31日		脳梗塞													
	氏名 日本 次郎																
(16) 申請欄	うえのとおり申請します。																
	令和5年4月10日																
	TEL 03(0000)1111																
	〒000-0000 住所 東京都東区東1-2-3 被保険者のフリガナ タイヨウ タロウ 氏名 太陽 太郎																

※施術管理者へ記入を依頼してください。

<添付書類>

- ①領収書(原本)
- ②医師の同意書(原本)
- ③施術報告書(写し) ※施術報告書交付料を支払った場合のみ提出

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印