

# 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

記入例

※1か月ごとに申請してください

(1) 被保険者等	記号	0000	番号	11111		
(2) 被保険者	氏名	太陽 花子	(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	昭和 50 年 4 月 1 日 (50 歳)				
(4) 療養を受けた方	氏名	太陽 花子	(5) 被保険者との続柄	本人		
	生年月日	昭和 50 年 4 月 1 日 (50 歳)				
(6) 傷病名	脳梗塞			(7) 発病又は負傷年月日	平・令和 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関節拘縮					
(9) 医療機関の治療の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名 ひまわり病院)	受診時期 令和 7 年 3 月 ~ 令和 7 年 7 月				
(10) 鍼灸院での施術内容	全身の拘縮に対してマッサージを行った					
(11) 施術期間	自 平・令和 7 年 10 月 1 日	至 平・令和 7 年 10 月 31 日	(12) 施術に要した額	9,100 円		
(13) 第三者の行為による負傷であるとき	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)
				普通		

(15) 施術内容	初療年月日	平・令和 6 年 8 月 1 日	施術期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	美日数	日	請求区分	新規・継続																										
	施術料	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																											
		施術回数	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回																												
		通所																																	
		訪問施術料 1																																	
		訪問施術料 2																																	
	訪問施術料 3 (3人~9人)																																		
	訪問施術料 3 (10人以上)																																		
	温電法 (加算)																																		
	温電法・電機光線器具 (加算)																																		
	変形徒手矯正術 (加算)																																		
	※温電法との併施は不可																																		
	特別地域 (加算)																																		
	往療料																																		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)																																		
合計	9,100 円																																		
施術日	訪問1 ①	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			
通所	訪問2 ②	10																																	
往療	訪問3 ③																																		
○往療又は訪問の理由 ( 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ( ) )																																			
【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															
令和 7 年 10 月 31 日																〒 000 - ××××																			
免許登録番号 00000000-0-0																所在地 東京都城南区城南1-2-3																			
あんまマッサージ指圧師 ひまわり 太郎																施術場所				名称 太陽ひまわり治療院 TEL 03 (0000) 2222															
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 7 年 7 月 1 日				脳梗塞															
氏名 日本 次郎																																			

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) ※施術日毎の領収書  
②医師の同意書(原本) ※初回及び再同意で発行された場合  
③施術報告書(写し) ※施術報告書交付料を支払った場合

(16) 申請欄	上記のとおり申請します。 令和 7 年 11 月 10 日	
	〒 000 - 0000	
	住所 東京都東区東城1-2-3	
	被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ	
	氏名 太陽 花子	TEL 03 ( 0000 ) 1111

受付日付印

※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。