

被保険者
 被扶養者

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

被保険者が記入するところ	(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	平	50年4月1日(48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	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 〇×病院)		受診時期																				
(10) 鍼灸院での施術内容	□ なし																							
(11) 診療期間	自	平	・	令	〇年〇月〇日	(12) 施術に要した額	〇〇,〇〇〇 円																	
	至	平	・	令	〇年〇月〇日				〇 日間															
(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																					
施術者(あんま・マッサージ指圧師) 記入欄(保険適用分)	(15) 施術内容	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						
	施術料	マッサージ(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	回	回	回	回	回																
			通所	円 × 回 =																				
			訪問施術料 1	円 × 回 = 円																				
			訪問施術料 2	円 × 回 = 円																				
			訪問施術料 3(3人~9人)	円 × 回 = 円																				
			訪問施術料 3(10人以上)	円 × 回 = 円																				
			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 日)																					
			合計																					
		施術日	訪問1 ①	1	2	3	5										28	26	27	28	29	30	31	
		通所	訪問2 ②																					
		往療	訪問3 ③																					
		○往療又は訪問の理由(1. 独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独歩による外出困難 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 5 年 3 月 31 日										〒 〇〇〇 - ××××												
		免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇-〇-〇										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 太陽ひまわり鍼灸院 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 4 年 10 月 31 日					脳梗塞												
		氏名 日本 次郎																						
申請欄	(16) 上記のとおり申請します。	令和 5 年 4 月 10 日																						
		〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇																						
		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												

**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

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。