

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	1111							
	(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 ひまわり病院)		受診時期		令和3年4月～令和4年10月							
	(10) 施術内容	麻痺の緩解措置として、または間接拘縮や筋委縮が起こっているところに症状改善を目的とした医療マッサージを実施											
	(11) 診療期間	自	平	令	5年3月1日	(12) 施術に要した額	3,500円						
至		平	令	5年3月15日									
(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 ゆう 師 ） 記 入 欄 （ 保 険 適 用 分 ）	初療年月日	平	令	4年11月1日	施術期間	自	令	5年3月1日	実日数	2日	請求区分	新規	継続
						至	令	5年3月31日	転帰	継続	治療	中止	転医
	マ ッ サ ー ジ	軀幹	350円×		2回＝		700円		摘要				
		右 upper limb											
		左 upper limb											
		右 lower limb											
		左 lower limb											
	温電法												
	電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)												
	(15) 施術内容	変形徒手矯正術											
	往療料	4km未満											
	往療料	4km超											
	施術報告書交付料(前回)												
	合												
	施術日												
	【施術証明欄】	上記のとおり 令和5年											
	免許登録番号	00000000-0-0	施術所	所在地	東京都城南区城南1-2-3		名称	太陽ひまわり治療院		氏名	ひまわり 太郎	電話番号	03(0000)2222
同 意 記 録	同意医師の住所・氏名	住所		東京都城西區城西1-2-3		同意年月日	令和4年10月31日		傷病名	脳梗塞			
		氏名		日本 次郎									
申 請 欄	(16) 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) ※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

※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