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) 被保険者等	記号		番号		
(2) 被保険者	氏名		(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		
	生年月日	昭 ・ 平　年　月　日（　歳）			
(4) 療養を受けた方	氏名		(5) 被保険者との続柄		
	生年月日	昭 ・ 平　年　月　日（　歳）			
(6) 傷病名			(7) 発病又は負傷年月日	平 ・ 令　年　月　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				
(9) 医療機関の治療の有無	□ あり　（医療機関名　　受診時期　　）				
	□ なし				
(10) 鍼灸院での施術内容					
(11) 施術期間	自　平 ・ 令　年　月　日		(12) 施術に要した額	円	
	至　平 ・ 令　年　月　日	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		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
			至　令和　年　月　日	転帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医

施術料		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
マッサージ（施術料）		施術回数	回	回	回	回	回	
	通所	円 × 回 ＝ 円						
	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						
温罨法 （加算）		円× 回 ＝ 円						
温罨法・電機光線器具（加算）		円× 回 ＝ 円						
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可		同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）		
		施術回数	回	回	回	回		
		円× 回 ＝ 円						
特別地域 （加算）		円× 回 ＝ 円						
往療料		円× 回 ＝ 円						
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円× 回 ＝ 円						
合計		円						

施術日			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1 ①	月																															
往療◎	訪問2 ②																																
	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っての外出困難　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　年　月　日

〒　－

免許登録番号

あんまマッサージ指圧師

施術場所　所在地

名称　TEL（　）

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 氏名	令和　年　月　日		

申請欄

(16) 上記のとおり申請します。　令和　年　月　日

〒　－

住所

被保険者の　フリガナ

氏名　TEL（　）

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。