

- 被保険者
 家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月 日 施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	-		所属		
	療養を受けた者 の氏名	フリガナ	続柄(被扶養者の場合)	生年月日		
				昭和 平成 年 月 日 令和		
	傷病名		発症または 負傷年月日	令和 年 月 日		
	発症又は負傷の 原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無	
					1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
	施術を受けた 施術所	名称			施術者氏名	
		所在地				
施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額	円	
SMBCファイナンスサービス健康保険組合理事長 殿 療養に要した費用について、療養費の支給を申請します。 〒 (電話番号) 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名(自署)						

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日	新規 ・ 継続		
		傷病名及び症状詳細				転 帰	
						継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医	
		マッサージ	円 × 局所 × 回 =	円	摘 要		
		変形徒手矯正術	円 × 局所 × 回 =	円			
		温 罨 法	円 × 回 =	円			
		温罨法・電気光線器具	円 × 回 =	円			
		往療料	4kmまで	円 × 回 =	円		
			4km超	円 × 回 =	円		
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 =	円			
		費 用 合 計		円			
施術日	通院○ 往療◎	月	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				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。 令和 年 月 日 住所 施術所名称 氏名 免許登録番号 _____ 電話番号 _____						

【添付書類】

- ①領収書(原本) ※受診者名がわかるもの ※領収印があるもの
②医師の同意書(初回申請時)。初療の日から6か月経過した時点で、更に施術を受ける場合は
医師の再同意書を添付のこと。

受付日付印

【注意事項】

- ①往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。
②同一疾病について医療機関・柔整・鍼灸との併給はできません。