

記入例

- 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 3年 6月施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	36 - 1111	所属	△△支店		
	療養を受けた者 の氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄(被扶養者の場合)	生年月日	昭和平成 令和 38年 8月 24日	
	傷病名	脳出血による筋肉麻痺	発症または 負傷年月日	令和 3年 6月 10日		
	発症又は負傷の 原因及びその経過	(原因については、思い当たることをご記入ください。) 脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッ サージを勧められて開始。まだ右半身が思うように動かず、通院 中。		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 ○△□指圧センター	所在地	名古屋市中区丸の内○丁目△番□号	施術者氏名	指圧 太郎
	施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 3年6月10日 ~ 令和 3年6月25日	日数	3 日	施術に要した 費用の額	9,675 円
	SMBCファイナンスサービス健康保険組合理事長 殿 〒 XXX-XXXX (電話番号 052-XXX-XXXX) 療養に要した費用について、療養費の支給を申請します。 令和 3年 6月 25日 被保険者 住所 名古屋市中区栄○-○-○ 氏名(自署) 健保 太郎					

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	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	あん摩師・マッサージ師・指圧師に記入を 依頼して下さい							
	変形徒手矯正								
	温 罨 法								
	温罨法・電気光線								
	往療料	4km	4km						
	施術報告書交付 (前回支給: 年 月)	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。