

- 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)

(平成 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	
	傷病名			発症または 負傷年月日	平成 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)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額	円
セディナ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) 平成 年 月 日 住所 被保険者氏名 ㊞						

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日 ~ 平成 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。						
	平成 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。