

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)

平成 30年 10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	セディナ ハナコ	続柄(被扶養者の場合)	生年月日	
			セディナ 花子	妻	昭和 平成	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	平成 30 年 10 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。)			業務上・外、第三者行為の有無	
		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。			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		施術者氏名	指圧 太郎
		所在地	名古屋市中区丸の内○丁目△番□号			
	施術の期間 (支給期間:月単位)	平成30年10月10日 ~ 平成30年10月29日	日数	3 日	施術に要した 費用の額	9,675 円
	セディナ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。 住所 名古屋市中区栄○-○-○ 平成 30年 11月 15日 被保険者氏名 セディナ 太郎 ㊞					

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施術期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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
	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。 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。