

療養費・家族療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

支払年月日	年 月 日	資 格		常務理事	事務長	係 員
支給額	円	得	年 月 日			
		喪	年 月 日			
施術の期間				支給決定額		
自	年 月 日	日間		円		
至	年 月 日	年 月整理番号				

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号	事業所	被保険者氏名		傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	(フリガナ)		続 柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男	1. 本人	発病または負傷年月日			
		女	2. 配偶者				
昭・平・令 年 月 日生		3. 子	年 月 日		1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他		
		4. その他	()				

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	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円	※施術管理以外に施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日
		右上肢	円×	回＝	円	
		左上肢	円×	回＝	円	
		右下肢	円×	回＝	円	
		左下肢	円×	回＝	円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日
	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	往療を必要とした理由		
往療料 4km超	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 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	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
	あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名	☎ 電話

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	〒
	令和 年 月 日	被保険者 住 所
	住友重機械健康保険組合理事長 殿	(請求者) 氏 名

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			年 月 日		

住友重機械健康保険組合 理事長 殿 (事業所を退職されている方は記入不要です。)

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 令和 年 月 日
	住 所 被保険者 (請求者) 氏 名
	事業所名 代理人 所在地 (事業主) 氏 名