

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		年 月 整理番号
至	年 月 日				

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)
	1-123456	株式会社 住重健保	住重 健太	××××××××××
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ) スジユウ ケンタ 住重 健太	続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	発症又は負傷の原因及びその経過 ×××××××××××××××××× 発病または負傷年月日 ×年 ×月 ×日
	昭平令 ×年 ×月 ×日生		業務上・外、第三者行為の有無 1 業務上 2. 第三者行為 3. その他	

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名又は症状						転 帰	継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名	
		右上肢	円×	回=	円	施 術 日	日	
		左上肢	円×	回=	円	施 術 日		
		右下肢	円×	回=	円			
		左下肢	円×	回=	円			
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=			円
	温 罨 法		円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入		
	温罨法・電気光線器具		円×	回=	円	往療日		
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。 令和 年 月 日 免許登録番号			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			
	あん摩マッサージ指圧師			所在地	所在地			
				施術所名	施 術 管 理 者 名			
					☎ 電 話			

施 術 所 ま た は 施 術 者 が 記 入 ・ 捺 印 を し て く だ さ い。

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				〒141-××××
	住友重機械健康保険組合理事長 殿		被保険者 住所	東京都品川区大崎×-×-×	
			(請求者) 氏名	住重 健太	
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
	×× ××	東京都品川区×××-××-×	×年 ×月 ××日	××××××××××	令和〇年〇月〇日～ 令和×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	東京都品川区大崎×-×-×
	被保険者 (請求者) 氏名	住重 健太
	事業所名	
	代理人 所在地	代理人印 (事業所印) を押してください。
	(事業主) 氏名	