

療養費支給申請書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	事業所名	
	療養を受けた者の氏名	フリガナ			続柄 家族は(続柄)を記入	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)
					1. 本人 2. 家族〔 〕	発症または負傷の原因及びその経過
		生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
業務上、第三者行為の有無	1. 業務上 3. その他 2. 第三者行為	発病又は負傷年月日	年 月 日	施術した場所 ※入居施設や住所地特例等、 保険証等住所地と異なる場合に記載		

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												
	傷病名および症状																		転 帰													
																			継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医													
	施 術 料	マッサージ（施術料）		同意部位	腓 脛	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘 要																						
				施術回数	回	回	回	回	回																							
		通所		円× 回 = 円																												
		訪問施術料 1		円× 回 = 円																												
		訪問施術料 2		円× 回 = 円																												
		訪問施術料 3（3人～9人）		円× 回 = 円																												
		訪問施術料 3（10人以上）		円× 回 = 円																												
		温電法（加算）		円× 回 = 円																												
		温電法・電気光線器具（加算）		円× 回 = 円																												
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可	同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢																									
	施術回数		回	回	回	回																										
	円× 回 = 円																															
	特 別 地 域（加 算）		円× 回 = 円																													
往 療 料		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	訪問1①	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
通所○ 訪問2②																																
往療◎ 訪問3③	月																															
○往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ）																																

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	〒 -		
	住所 名称 氏名 免許登録番号 あんまマッサージ指圧師 氏名 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 申請者 住所 (被保険者) 氏名 住友重機械健康保険組合理事長 殿	

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
			令和 年 月 日		

振 込 先	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。					
	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協 ・ その他		本店 ・ 支店 ・ 出張所		普通預金
	口座番号			口座名義	※カタカナで記入	

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。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。			受付 令和 年 月分 支払年月日 令和 年 月 日 健保使用欄
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	※自署できない場合は捺印が必要です。	
	代理人 (事業主)	所 在 地 名 氏 名		