

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

|                       |                     |  |            |                           |                                       |  |
|-----------------------|---------------------|--|------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号        |  | ○発病又は負傷年月日 |                           | ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)                   |  |
|                       | —                   |  | 年 月 日      |                           |                                       |  |
|                       | (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・女        |                           | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( ) |  |
| 昭・平・令 年 月 日生          |                     |  |            | ○業務上・外、第三者行為の有無           |                                       |  |
|                       |                     |  |            | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |                                       |  |

|                                 |                     |   |       |   |
|---------------------------------|---------------------|---|-------|---|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄           | 初療年月日               | 施 術 期 間   | 実 日 数 | 請 求 区 分   |
|                                 | 平成 年 月 日            | 自・ 年 月 日～至・ 年 月 日   | 日     | 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<br>右 上 肢 円× 回= 円<br>左 上 肢 円× 回= 円<br>右 下 肢 円× 回= 円<br>左 下 肢 円× 回= 円 | 円     | 摘 要<br>※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 _____<br>施術日 . . . 日 |
|                                 | 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 . . . 日   |
|                                 | 往療料 4 km まで         | 円×  | 回= 円  | 往療を必要とした理由  |
|                                 | 往療料 4 km 超          | 円×  | 回= 円  |   |
| 施 術 報 告 書 交 付 料<br>(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<br>術<br>証<br>明<br>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 |
|                       | 年 月 日                    | 所在地         |                         |
|                       | 免許登録番号                   | あん摩マッサージ指圧師 |                         |
|                       |                          | 施術所名        | 施 術 管 理 者 名             |

|             |                               |         |     |     |
|-------------|-------------------------------|---------|-----|-----|
| 申<br>請<br>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。 | 年 月 日   | 〒   | —   |
|             | 住友不動産販売健康保険組合理事長 殿            | 被保険者 住所 | 氏 名 | 電 話 |

|                       |                                |                         |       |                 |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|-------|-----------------|
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 支払区分                           | 預金の種類                   | 金融機関名 | 銀行 本店           |
|                       | 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |       | 金庫 支店<br>農協 出張所 |
|                       | 口座名義<br>カタカナで記入                | 口座番号                    |       | 郵便局             |

|                  |         |     |       |       |       |
|------------------|---------|-----|-------|-------|-------|
| 同<br>意<br>記<br>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 |       |       |

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本)     施術報告書(写し)     往療状況確認表     1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書