

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号										○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										○業務上・外、第三者行為の有無																													
昭・平・令 年 月 日生																				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																														
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日										施 術 期 間										実 日 数										請 求 区 分																			
	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																			
	施 術 料	マッサージ（施術料）										同意部位	軀 幹	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（3～9人）										円×					回＝											円																						
		訪問施術料3（10人以上）										円×					回＝											円																						
		温罨法（加算）										円×					回＝											円																						
		温罨法・電気光線器具（加算）										円×					回＝											円																						
		変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可										同意部位	軀 幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢																																	
											施術回数	回	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										月										通所○ 往療○ 訪問1① 訪問2② 訪問3③																														
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																																																		
往療または訪問の理由（1.独歩による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																													
	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。																																																	
	年 月 日															〒 一																																		
	住友不動産ステップ健康保険組合理事長 殿															被保険者 住所																																		
																氏 名 電話																																		
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名																													
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 本店																													
	3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段										金庫 支店																													
口 座 名 義 カタカナで記入																				口 座 番 号										農協 出張所																				
																														郵便局																				
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																													

<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