

支 給 決 定 伺

支給決定 令和 年 月 日

受付年月日

常務理事	事 務 長	担 当		支 給	法定	
				決定額	付加	
					合計	

健康保険 被保険者
被扶養者 療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号一番号	—		被保険者 氏 名	
	施術を 受けた 者の	(フリガナ)		続 柄	発病または負傷年月日
		氏 名		本 人 配偶者 その他 ()	年 月 日
		生年月日	昭・平 年 月 日		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
	発病または 負傷原因及び その経過			業務上・通勤途上 第三者行為の有無 (該当項目にチェック)	☐ 業務上 ☐ 通勤途上 ☐ 第三者行為 → 該当の場合は「第三者の行為 による傷病届」を提出

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 〒 -
住 所
三井住友海上健康保険組合 理事長 殿 被保険者
(請求者) 氏 名 印
日中連絡がとれる電話番号 ()

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分	
	年 月 日	自:平・令 年 月 日～至:平・令 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	※施術管理者以外の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 往療を必要とした理由 _____
	温 電 法	円×	回＝	円		
	温電法・電気光線器具	円×	回＝	円		
	往療料 4 kmまで	円×	回＝	円		
	往療料 4 km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				
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 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 免許登録番号 _____ 所在地 _____ _____ あん摩マッサージ指圧師 施術所名 _____ _____ 施術管理者名 _____ ☎ 電話 _____						
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	
			平成 令和 年 月 日			

(注)「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。

【必要添付書類】 ☐ 施術に要した費用の領収書（原本）

【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） ☐ 往療状況確認表（原本） ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書（原本）