

支給決定伺				支給決定 令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当		支給 決定額	法定	
					付加	
					合計	

受付年月日

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	(ワガナ)	続 柄		発病または負傷年月日: 年 月 日
		氏 名			施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載)
	生年月日	昭・平	年 月 日		
傷病名、発症ま たは負傷の原因 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)	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 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 千 - 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 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																																	
	傷病名及び症状							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	(躯幹)	(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人~9人)		円×	回=			円																																	
		訪問施術料 4 (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)																																							
		変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(躯幹)	(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: 年 月分)		円×	回=			円																																			
費用額計						円																																			
施術日 通所○ 訪問◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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								
○往療または訪問の理由(1. 徒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、精神障害などによる外出困難 3. その他())																																									
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																														
はり師免許登録番号										所在地																															
きゅう師免許登録番号										施術所名											施術管理者名											電話									
同意記 録	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																																		

(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)