

- 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・指圧用

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	—	被保険者氏名		
	事業所名称				
	受療者氏名		続柄	生年月日	昭和 令和 平成 年 月 日
	傷病名		発病又は負傷年月日		令和 年 月 日
	発症又は負傷の原因及びその経過				
	業務上・外、第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為による <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> その他()			
	本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要) 令和 年 月 日 印 被保険者の住所 住友ファーマ健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名				
退職者のみ記入	振込希望銀行	普通	銀行	支店	口座名義 (フリガナ)

施 術 者 (あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師) 記 入 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施 術 期 間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数	日	請 求 区 分	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	躯 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が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						
	温 罨 法	円×	回=	円							
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円							
	往 療 料 4kmまで	円×	回=	円							
	往 療 料 4km超	円×	回=	円							
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円							
合 計											
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。	保険所登録区分		1. 施術所所在地 2.出張専門施術者所在地								
令和 年 月 日	あんまマッサージ指圧師 所在地		施術所名 施術管理者名 電話								
免許登録番号											
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									

- [注意事項] ・申請書は暦月を単位として作成してください。
・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。

[添付書類] 領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)

[その他添付資料(該当する場合)]

- 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)
 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)
 往療状況確認書
 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書