

被 保 険 者	記号・番号	** - *****		
	事業所名称	*****		
	受療者氏名	健保 花子		続柄 妻 生年月日 昭和 令和 ** 年 ** 月 ** 日 平成
	傷病名	筋麻痺		発病又は負傷年月日 令和 ** 年 ** 月 ** 日
記 入 欄	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 checked="" 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	〒 *****		
住友ファーマ健康保険組合理事長殿		被保険者の住所 ***** (申請者) 氏名 健保 太郎		
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)

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	令和 年 月 日	自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 年 月 日		
傷病名又は症状				転 帰 継続・治癒・中止・転医
マッサー	軀 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× 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				

施術者が記入

記 入 欄	施術日 通院○ 往療◎	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	あんまマッサージ指圧師	保険所登録区分	所在地	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者所在地
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	

- [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