

療 養 費
家族療養費

支給申請書(年 月分)(あんま・マッサージ用)

住友化学健康保険組合 御中

下記のとおり申請します。

又 施術に同意した医師に対して、住友化学健康保険組合が治療状況など給付に必要な調査をすることに同意します。

年 月 日

(請求者氏名)

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名			
	被保険者の 記号番号	—	所 属	電 話 番 号 被 保 険 者 生 年 月 日
	住 所			
	受診者氏名	フリガナ	男 女	受診者生年月日 被 保 険 者 と の 続 柄
	傷 病 名	発病又は負傷年月日		
	業務上・外、第三者行為の有無	発症又は負傷の原因及びその経過		
	給 付 金 受 取 方 法	代理人委任 (賃金受領)	委任状 私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 年 月 日 (請求者氏名)	
	銀行振込 (退職者および 任継者のみ)	(フリガナ)	銀行 店の	私名義 普通預金口座No. へお振込みください。

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日	年 月 日	施 術 期 間	自・ 年 月 日～至・ 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	軀 幹	円×	回=	円	摘 要		
		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					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						
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。 年 月 日			住所	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		
	免許登録番号			あんま・マッサージ指圧師 氏名	印 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			
			年 月 日					

[注意事項] 1. 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。

[添付書類] 1. 治療(施術)費の領収書(原本)
2. 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)
3. 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)

[記入上の注意] 1. 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。