

療 養 費

家族療養費

支給申請書(令和6年4月分)(あんま・マッサージ用)

住友化学健康保険組合 御中

療養費、家族療養費の
いずれかに○を記入マイナポータル、資格情報
のお知らせ、資格確認書、
健康保険証のいずれかを参
考に記入療養を受けた月(施術月)を記入
※暦月ごとに記入してください

令和 6 年 5 月 25 日

(請求者氏名)

住友 太郎

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名	愛媛工場				
	被保険者の 記号番号	10-987654	所 属	第三製造課	電 話 番 号	861-9999
	住 所	愛媛県西条市西条1-1-1				
	受診者氏名	フリガナ スミトモ ハナコ	男	受診者生年月日	昭和41年6月1日	
	傷 病 名	脳出血による筋肉麻痺		被保険者との続柄	妻	
	発病又は負傷年月日	令和6年2月1日				
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である ③. その他		発症又は負傷の原因及びその経過	脳出血による後遺症	
	給 付 金 法 給 取 方 法	代理人委任 (賃金受領)	委任状 私は事	在職者は日付(記入日)、請求者氏名を記入 令和6年5月25日 (請求者氏名) 住友 太郎		
銀行振込 (退職者および 任継者のみ)	(フリガナ)	退職者または任意継続被保険者は振込口座を記入 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	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分		
	年 月 日	自・ 年 月 日	～至・ 年 月 日	日	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 電 法	円×	回=	円		
		温電法・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◎	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 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		

[注意]

[添付]

[記入]

添
付
書
類

- ☐ 治療(施術)費の領収書(原本)
- ☐ 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)