2024.12.26

健康保険　☐ 被保険者　☐ 家　族　療養費　支給申請

健　保
受付印

☐にはいずれか該当する方に✔を入れてください。　（　年　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄

次の通り請求します。　令和　年　月　日

尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。

又 施術に同意した医師に対して、住友電気工業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。

所　属

住友電気工業健康保険組合　御中

職　番　　被保険者氏名

傷病名		発病又は負傷年月日	平成・令和　年　月　日		
保険証記号・番号	記号　－　番号	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
受診者氏名		男・女		施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）	
				業務上・外、第三者行為の有無	
受診者生年月日	昭・平・令　年　月　日生	年齢	歳	1. 業務上　2. 第三者行為である　3. その他	

退職者の場合は振込先銀行口座をご記入ください。（ゆうちょ銀行は不可）

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義（被保険者名義に限る）
		☐普通 ☐当座		

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　）年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　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

施術料		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
マッサージ（施術料）		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 3（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）		円×		回＝			円	
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可		同意部位		（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	
		施術回数		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（前回支給:　年　月分）		円×		回＝			円	
合計		円						

施術日		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
通院○ 往療◎	訪問1 ①																															
	訪問2 ②																															
	訪問3 ③																															
	月																															

○往療又は訪問の理由（1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　））

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。

保健所登録区分　1. 施術所所在地　2.出張専門施術者住所

令和　年　月　日　あん摩・マッサージ指圧師　住所　〒　－

免許登録番号　氏名　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
		令和　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。
2. 任意継続の方は、資格取得時に申請された給付金の振込口座への入金となります。

［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。