□ 被保険者
□ 被扶養者

療養費 支給申請書（　年　月分）　あんま・マッサージ用

被保険者欄記入欄

記号・番号	－	被保険者氏名			
事業所名称					
受療者氏名	男・女	続柄		生年月日	昭・平・令　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	□ 業務上　□第三者行為による　□どちらにも該当しない　□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

退職者のみ記入 振込希望銀行	銀行　支店 普通 ・ 口座番号	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

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
傷病名及び症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医

施術料

マッサージ（施術料）							摘要
同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）		
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	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

○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地

〒　－

令和　年　月　日　　住所

免許登録番号　　あん摩マッサージ指圧師

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]　・申請書は歴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