



健保受付番号					
部 室	点検印	担当印			
支 社					
関連会社					

(TEL: )  
療養費・家族療養費請求書 (あんま・マッサージ用)

※被保険者は、以下太線の枠内の必要全項目を記入し、添付書類を確認のうえ提出してください。(2019.4)

被保険者	下記のとおり請求します。合わせて給付金の受領を事業主に委任します。また、療養を受けた医療機関等に住友生命健康保険組合が文書等により、当申請内容を照会することに同意します。			請求年月日	平成	年	月	日																								
	保険証記号番号	—		支部名																												
	氏名	印		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)																											
	自宅住所電話番号	(〒 — )		電話番号																												
受診者の状況	氏名 <small>※被保険者と同一の場合は記入不要</small>	続柄 ( )		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)																											
	傷病名			支払った金額	必ず領収書・明細書の原本を添付 円																											
	施術期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日		発病または負傷年月日	平成 年 月 日																											
	受診の原因	<input type="checkbox"/> 労災 (業務上災害・通勤災害) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為による負傷 <input type="checkbox"/> その他 ※交通事故・第三者行為による負傷の際は健保組合へ第三者行為災害届等を必ず提出してください。																														
あんま・マッサージ指圧師記入欄	初療年月日	年	月	日	施術期間	年	月	日～	年	月	日																					
	実日数	日	請求区分		新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医	摘要																								
	傷病名及び症状詳細																															
	施術料	マッサージ	躰幹		円×	回=	円																									
			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		円×	回=	円																											
	往療料	4 km まで		円×	回=	円																										
		4 km 超		円×	回=	円																										
	施術報告書交付料	(前回支給 年 月分)			円×	回=	円																									
費用額計 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	上記の通り施術を行い、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. 出張専門施術者所在地																				
	年 月 日			住所	電話 — —							免許登録番号																				
同意記録	同意医師の氏名		住所または医療機関名		同意年月日		傷病名		要加療期間																							
	年 月 日				年 月 日																											
健保使用欄	種別コード	受診期間		支給金額		支給決定日		平成 . . . . .																								
						常務理事		点検		担当																						

健康保険証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は備考欄に記入してください。  
(マイナンバーで申請する場合は本人確認書類等の提出が必要ですので、事前に健康保険組合にご連絡ください)

備考欄	
-----	--