## 【令和6年9月までの施術分用】

健康保険組合 常務理事殿

	/
(	)

健保受付番号	
20 .	
	点検・担当
部・室・支社 会社名 (子会社等)	

(TEL

# 療養費・家族療養費請求書(あんま・マッサージ用)

※被	は保険者の	の方は、.	以下太紡	見の枠内の必要	要全項目を記入し	、添付書類:	を確認	忍のうえ提出して	てくださ	い。				
	また、頻	療養を受け	けた医療	。合わせて終 機関等に住友 とに同意し	合付金の受領を事 友生命健康保険組 ます。	業主に委任 合が文書等 <i>に</i>	します こより	),	請求 年月日	令和		年	月	日
被		呆険証 -番号		-				支 部 名						
保険者	氏	名 名 3						生年月日	□昭	和 年	□平成 月	日	( <u>f</u>	歳 )
			(〒	_	)			電話番号		_		_	-	
	住	所			都 道 府 県									
受		名 者の場合は 、不要				□男 □:	女	生年月日 ※被保険者の場合は 記入不要	□昭第	和 年	□平成 月	日	•	歳 )
受診者	傷物	<b></b>						支払った 金額	必ず領収	(書・明細	書の原本を	:添付	F	円
の状況	施術	期間	令和 令和	年 年	月 月 日	から		発病または 負傷年月日	□平)	成 年	□令和 月	日		
ÐL	受診(	の原因		記以外の私傷 <b>逐通事故・第三</b>	病 □労災(業系 <b>者行為による負傷</b>									
	初療年			年 月		術期間	(	年 月		~	年			目
		日数 名及び	日	請求区分	(新規・継続	) 転帰	(継続	・治癒・中止	• 転医	)		摘要		
		詳細												
					<b>躰幹</b>			円×		口				円
			_	マッサージ	右上肢			円×		口				円
あ				ィッリーン	左上肢 右下肢			円 × 円 ×		旦				円 円
ん					左下肢			円 X		日				<u> </u>
ま	施征	析料	変形統	走手矯正術	21/10				X	口				<del>,</del> 円
・マ			温罨法					円 ×		□	=			円
ッツ			温罨沒	去・電気光線	器			円×		口	=		F	円
サ			往療料	SL.	4kmまで			円×		П	=		F	円
					4km超			円×		口	=		F	円
ジ 指	施術報告	書交付料	(前回:		年 月分)			円 ×		П	=			円
圧	+/ %	ki n	費	用額計										円
師	施行 通院〇	往療◎	月		4 5 6 7 8 9 10				0 21 22	23 24	25 26 27	28 29	30 31	
記入					を行い、その費月		した。	0		保健所 :録区分		析所所在:		+ 1 d
欄			令和	年	月	日			母		2. 出9	長専門施行	<b>朴者</b>	:地
	施術記	正明欄	所右 施術 氏名	所名					電話番 免許登	号 録番号	_		_	
			同意图	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
	同意	記録						年 月	日					
	給種	診療	種別							常務理	里事	点検	担当	当者
健	区分	区分	コード	受	診期間	支給決定日	R					03	1	
保欄						支給額			円 円					

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)

(2024.1)

1-11-	4	LHE
4亩		檔

### 【令和6年10月以降施術分用】

健康保険組合 常務理事殿

100	***
/	1
1	,
1	Ì
į	)
\	/
1	
****	

健保受付番号	
20 .	
	点検・担当
部・室・支社 会社名(子会社等)	

(TEL

## 療養費・家族療養費請求書(あんま・マッサージ用)

**************************************	(休))(1)	のカは、	以下人様の	作的の必要	王垻日を	記入	し、修刊	音類を作	在総の ソス 使田し		3 V ,°			( 2 -	· 1)	
	また、別	療養を受	けた医療機	合わせて給付 関等に住友生 こ同意します	上命健康					請求 年月日	令和	ā	年	月		日
被保険		呆険証 −番号		-					支 部 名							
<b>床</b> 険者	氏 (署	名 (名)							生年月日	□昭和	和 年	□平成 月	日	(	歳	)
			(₹	_		)			電話番号					_		
	住	所		者	ß 道 f 県											
	氏	名					□男	□女	生年月日	□昭≉	印	□平成		令和		
巫		者の場合は 、不要						山女	※被保険者の場合は 記入不要		年	月	日	(	歳	)
受診者	/有·s	<b></b>							支払った	必ず領収	書・明	細書の原本を	添付			
者		N/I							金額						円	
$\mathcal{O}$	<b>北</b> 左 2年	期間	令和	年	月	日	から		発病または	口平月	戎	□令和				
状況	加刊	旁间	令和	年	月	日			負傷年月日		年	月	目			
亿	巫訟	ア国田	□右記以	外の私傷病	□労災	(業	務上災害	<ul> <li>通勤</li> </ul>	災害) □交通事	事故 □ □	第三者	行為によ	る負傷	ĵ		

※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。

#### 添付必要書類

受診の原因

忝	ı	
<b>1</b> ////	1	

支

期

・施術代金の領収書の原本 ・施術に対する<mark>医師の同意書</mark>の原本 初療日/再同意日から6か月毎に添付が必要。なお、変形徒手矯正術のみ1か月毎に添付が必要。

支給	・給与に含めて支給する。支給月に給与がない場合は、所属等から指定口座に支給する。
給	
$\pm$	・任意継続被保険者、特例退職被保険者は、保険料を引去りしているゆうちょ銀行口座へ21日(21日が非営業日の場合は
法	翌営業日)に支給する。
沽	

・毎月20日(20日が非営業日の場合は前営業日)までに健康保険組合で受付した請求書について、翌月に支給する。

給 ・21日以降に到着した請求書は、翌々月に支給する。 時

・不備により返送した請求書は、不備整備後、健康保険組合で受付した日にもとづいて支給する。

時 当該療養を受けた日の翌日から2年以内に、健保組合へ必着のこと。

提	在籍の被保険者	支社等の所属、ま	たは事業所の健保	保事務担当を経由して健康保険組	合へ	
出	任意継続被保険者	住友生命健康保	険組合あて直接記	送付		
先	特例退職被保険者	【送付先】	〒540−8512	大阪市中央区城見1-4-35	住友生命健康保険組合	宛

佐   区分   区分   ユート	ż		給種	診療	種別	受診期間	支給決定目	R	常務理事	点検	担当者
			<u></u>	区分		文砂州川	<b>文和</b> 依是 1	K			
								円			
	*	[196]					文紹観	円			

健康保険証の記号番号に代えてマイナンハーで申請する場合は偏考欄に記	人してくたさい。
(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)

(2024.10)

/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
---------------------------------------

#### 【令和6年10月以降施術分用】

# 施術内容記入用紙(あんま・マッサージ)

(2-2)

	受診者氏名												生年月日				□昭和・□平成・□令和								
	XIV'DA'A										エテルド								ź	丰	J	1		目	
	初療年月日					施術期					間				実日	数		Ī	請	求	区	3	分		
	( ) 年 月 日 自・令和					口 年	月	日	~至·	令和	年	月	日			日		弟	釿 ;	規	· /	継	続		
	傷病名及び症状																		坛				帰		
							s alore f.L.	/API	: 4·A \	7.1.1					1 //-			継		治癒			云医		
		マッサージ (施術料)					同意部位 (躯幹) 施術回数 回				(右」	右上肢)     (左上肢)     (右下肢)       回     回     回					下肢) 回			-	摘	3	要		
						»En					Н				-										
施術內容			通所	円〉				<	三 三					円											
			訪問施術料 1				円×				囯=					円									
			訪問施術料	施術料 2				円×				囯=					円								
	施		訪問施術料	(3人~	9人)	円×				回=				円											
	術料		訪問施術料	円×				П=					円												
		温罨	法 (加 算)				円×					回=					円								
欄		温罨法・電 <mark>気光</mark> 線器具 (加 算)					円×					回=					円	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				<del>(</del> )	(左上肢) (右下肢)				(左7	₹肢)								
							施術回数				回	п п			回		回								
							円×				回=					円									
		特別地域(加算)					円×				П=					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								
		日 訪問10		3	4 5	6 7	8	9 10	) 11	12 1	13 1	4 15	16	17 18	19	20 21	22	23 2	4 2	25 2	26 27	7 28	29	30	31
		<ul><li>助問20</li><li>訪問30</li></ul>																							
	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 3. その他 (							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 )									卜出困難	錐							
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															術所所	在地	2. 出	張専門	施術者	住所	电			
	令和 年 月 日							<b>⊤</b> −																	
	免	許登録番号	あん摩マッサージ指				圧師	住 所 圧師																	
											氏 名							電話							
同		同意医師の氏名 住					所					同意年月日					傷	病 名				Ē	更加想	寮期間	間
意記録											令和 年 月 日														

住友生命健康保険組合 (2024.10)