

【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）

※被保険者の方は、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。

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	令和	年	月	日
	健康保険証 記号一番号	-		支 部 名				
	氏 名 (署 名)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成		
	住 所	(〒 - 都 道 府 県)		電話番号	- -			
受 診 者 の 状 況	氏 名 <small>※被保険者の場合は 記入不要</small>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 <small>※被保険者の場合は 記入不要</small>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	受診の原因	<input type="checkbox"/> 右記以外の私傷病 <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 <small>※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。</small>						
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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日			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			
	所在地 施術所名 氏名			電話番号	- -			
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					

健 保 欄	給種 区分	診療 区分	種別 コード	受診期間	支給決定日	R	常務理事	点 検	担当者
					支給額	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。

(2024. 1)

(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

【令和6年10月以降施術分用】

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）

※被保険者の方は、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。 (2-1)

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	令和 年 月 日
	健康保険証 記号一番号	-	支 部 名		
	氏 名 (署 名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	(〒 - 都 道 府 県)	電 話 番 号	- -	
受 診 者 の 状 況	氏 名 <small>※被保険者の場合は 記入不要</small>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <small>※被保険者の場合は 記入不要</small>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	受診の原因	<input type="checkbox"/> 右記以外の私傷病 <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 ※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

添付 書類	・ 施術代金の領収書の原本 ・ 施術に対する医師の同意書の原本 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 方 法	・ 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。 ・ 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翌営業日）に支給する。
支 給 時 期	・ 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。 ・ 21日以降に到着した請求書は、翌々月に支給する。 ・ 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 効	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 出 先	在籍の被保険者	支社等の所属、または事業所の健保事務担当を経由して健康保険組合へ
	任意継続被保険者	住友生命健康保険組合あて直接送付
	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

健 保 欄	給種 区分	診療 区分	種別 コード	受診期間	支給決定日	R	常務理事	点 検	担当者
						支給額			
						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。 (2024.10)
(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	
-----	--

【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 年 月 日																											
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 内 容 欄	マッサージ(施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																						
			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	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	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	月																														
住療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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 ()																															
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日		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																											
免許登録番号		住所		氏 名 電話																											
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																											