

支給決定伺							*ケンボ [®] 記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	R . . . 日	取得	S . . .		
						R . . .	R . . .	
経伺	常務理事	事務長			担当者		備考 本・六・家・高一・高7	

被保険者家族療養費支給申請書 【あんま・マッサージ用】 (R 年 月分)

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄	生年月日
	-					S・H・R 年 月 日生
	発症または負傷年月日	傷病名			業務上・外、第三者行為の有無	
	H・R 年 月 日				1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯(できるだけ詳しく)						

施術内容・証明欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	H・R 年 月 日	自R 年 月 日 ~至R 年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名または症状		転帰 継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ	軀幹	円×	回=	摘要
		右上肢	円×	回=	
		左上肢	円×	回=	
		右下肢	円×	回=	
	左下肢	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	右上肢	円×	回=	円	
	左上肢	円×	回=	円	
	右下肢	円×	回=	円	
	左下肢	円×	回=	円	
往療料	4kmまで		円× 回=	円	
	4km超		円× 回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円	
合計				円	

施術日 月 通院○ 往療◎
 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
 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.出張専門施術所所在地

令和 年 月 日 施術所名
 所在地 〒 -
 氏名 印 TEL
 免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師

被保険者欄	上記(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		住所 〒 -
	令和 年 月 日	被保険者氏名 (申請者 自署)	印 TEL
	【在職者のみ記入】 上記金額の受領を _____ に委任します(会社名を記入)		所属事業所 確認印
	【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】 金融機関名 _____ 銀行・信用金庫 _____ 支店 / 1.普通 2.当座(いずれかに○)		
口座番号	口座名義人 (カタカナで記入)	●添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。	

*ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。

大同健保