

支給決定伺							*ケンポ記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	R . . . 日	取得	S . . .		
					喪失	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 療養費支給申請書 【あんま・マッサージ用】 (R 年 月分)  
 家族

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 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)				施術した場所(入居施設や住所地特例等、健保届出と異なる場合に記載)		

施術内容・証明欄	初療年月日	施術期間					実日数	請求区分	
	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		
	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	躯幹	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(3~9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	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	
		施術回数	回	回	回	回	回		
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	月	通所○	往療◎	訪問1①	訪問2②	訪問3③																									
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	
往療または訪問の理由(1.独歩による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 〒 -															
免許登録番号																あんま・マッサージ指圧師 氏名 印 TEL															

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															
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿																所属事業所 確認印															
	【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)																															
【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