

健保記入欄	受付日	令和 年 月 日	健保負担	7割	8割	—
	資格取得日	年 月 日	支給額	円		
	資格喪失日	年 月 日	支給日	令和 年 月 日		
	被扶養者認定日	年 月 日	計算式			
		課長	担当	台帳		

健保組合
受付印

被保険者(本人) 被扶養者(家族) **療養費支給申請書(年 月分) (あんま・マッサージ用)**

被 保 険 者 記 入 欄	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意のうえ、療養費の支給を申請します。										年 月 日
	被保険者 記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	被保険者名						生年 月日	
	施術を受けた者 の氏名	続柄						発病・負傷の 年 月 日	傷病名		
	発病の原因 及び 経過 (記入無は返却)	原因						経過			
	業務上・外、第三者行為の有無			1.業務上 2.第三者行為 3.その他			施術した場所(入居施設や住所地特例等、 保険証住所地と異なる場合に記載)				

は り ・ き ゆ う 師 記 入 欄	初療年月日		施術期間														実日数	請求区分															
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 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															
	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人~9人)		円×		回=		円																										
	訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																										
	温電法(加算)		円×		回=		円																										
	温電法・電機光線器具(加算)		円×		回=		円																										
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			施術回数	回	回	回	回																										
		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
通〇 訪2②																																	
往◎ 訪3③																																	
往療又は訪問の理由 (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。		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		所在地																															
登録記号番号		施術管理者 名称														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										

- 必要添付書類** ・ 領収書(原本) その他該当する場合(・医師の同意書 ・施術報告書 ・継続理由状態記入書)
- 提出先** 申請書類は全て書面で提出してください(Eメール提出不可)
社内便---三条 健康保険組合 宛
郵 送---〒604-8445 京都市中京区西ノ京徳大寺町1 島津製作所健康保険組合 宛
- 注意事項** ・ 必要添付書類の返却はできません。
・ 支給決定にあたり、別途書類の提出を求める場合があります。
・ 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。
・ 給付金は事業主経由で支給します。