

（健保記入欄）

|       |      |     |      |   |   |     |    |       |     |   |   |   |
|-------|------|-----|------|---|---|-----|----|-------|-----|---|---|---|
| 支給決定欄 | 常務理事 | 事務長 | 支給額  | ¥ |   | 取得日 | 年  | 月     | 日   |   |   |   |
|       |      |     | 診療期間 | 年 | 月 | 日   | 日間 | 委任・本人 | 喪失日 | 年 | 月 | 日 |
|       | 課長   | 担当者 |      | 年 | 月 | 日   |    |       | 認定日 | 年 | 月 | 日 |
|       |      |     | 同意期間 | 年 | 月 | 日   | 備考 | 抹消日   | 年   | 月 | 日 |   |
|       |      | 年   | 月    | 日 |   |     |    |       |     |   |   |   |

1. 太枠内（被保険者記入欄・申請欄・委任欄）のみ本人が記入してください。
2. ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。
3. 施術内容欄・施術証明欄・同意記録欄については、施術者に記入してもらってください。
4. 申請の際には、診療を受けた際に支払った代金の領収書（必ず原本）が必要です。
- ※ 支給の可否の審査には時間がかかり、追加書類をお願いする事もあります。

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

R6.12改訂

|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-------|---|----------------------|-------------------------------------|---------|---|---------|---|---------|----|-------------------|-----------------------------|---------|----|-----------|----|-------------------------|-----------|----|----|----|----|----|----|-------|-------------|----|----|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者欄                                                                            | ○被保険者等記号番号                                         |                            |                                      | ○発病又は負傷年月日            |       |   | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 記号                                                 |                            | 番号                                   |                       | 年 月 日 |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 療養を受けた者の氏名                                         | (フリガナ)                     |                                      |                       | 続 柄   |   |                      | ○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 ( ) )      |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 昭・平・令 年 月 日生                                                                     |                                                    |                            | ○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） |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術内容欄                                                                            | 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 |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 施術料                                                | 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 電 法（加 算）                 |                                      |                       |       |   |                      |                                     | 円× 回＝ 円 |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 温電法・電気光線器具（加 算）            |                                      |                       |       |   |                      |                                     | 円× 回＝ 円 |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 変形徒手矯正術（加算）<br>※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 ) |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 特 別 地 域（加 算）                                       |                            |                                      |                       |       |   |                      | 施術回数                                |         | 回 |         | 回 |         | 回  |                   | 回                           |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |                       |       |   |                      | 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                       | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所○                                                                              | 訪問2②                                               |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療◎                                                                              | 訪問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 ( ) ) |                                                    |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。<br>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 |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 住所<br>免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師<br>氏名 電話                  |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請欄                                                                              | 上記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。<br>令和 年 月 日          |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   | 申請者（被保険者） 住所<br>氏名 電話       |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | SGホールディングスグループ健康保険組合 御中                            |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| （退職者のみ）                                                                          | 支払区分<br>1. 振 込 2. 銀 行 送 金<br>3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払 |                            |                                      |                       |       |   |                      | 預金の種類<br>1. 普通 2. 当座<br>3. 通知 4. 別段 |         |   |         |   |         |    | 金融機関名<br>銀行 金庫 農協 |                             |         |    |           |    |                         | 本店 支店 出張所 |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 口座名義<br>カタカナで記入                                    |                            |                                      |                       |       |   |                      | 口座番号                                |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         | 郵便局       |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 同意記録                                                                             | 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          |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 委任欄                                                                              | 上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。<br>年 月 日                |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   | (事業主が記入する欄)<br>健保代理受領口代理人氏名 |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    | 受 付 印 |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 申 請 者<br>(被保険者氏名)                                  |                            |                                      |                       |       |   |                      |                                     |         |   |         |   |         |    |                   |                             |         |    |           |    |                         |           |    |    |    |    |    |    |       |             |    |    |       |    |  |  |  |  |  |  |  |