

支給決定伺						*ケンポ記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	. . . 日	取得	. . .	
						喪失	. . .
経伺	常務理事	事務長	次長	課長	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・指圧用】(年 月分) 第 回目
 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(記入または添付)	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分	
	H・R 年 月 日	自 H・R 年 月 日 ~ 至 H・R 年 月 日			日	新規・継続	
	傷病名(症状)					転帰	
	マッサージ	円×	局所×	回=	円	継続・治癒・中止・転医 摘要	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円		
	温電法	円×		回=	円		
	温電法・電気光線器具	円×		回=	円		
	往療料	往療料 4kmまで	円×	回=	円		
		往療料 4km超	円×	回=	円		
	報告書	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。 令和 年 月 日 施術所名 所在地〒 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 TEL							
医師同意書(記入または添付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日		H・R 年 月 日		
	S・H・R 年 月 日生		H・R 年 月 日				
	傷病名				要加療期間		
	症状(これまでの経過と見通し)	1.筋麻痺 2.関節拘縮 3.その他()			往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない		
施術の種類	1.マッサージ	2.変形徒手矯正術	部位	1.躯幹 2.右上肢 3.左上肢 4.右下肢 5.左下肢			
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、あんま・マッサージ・指圧の施術に同意する。							
令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 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。						
	令和 年 月 日 住所〒						
	被保険者氏名 印 TEL 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者 自署)						
	【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			フリガナ 口座名義人				
●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。							

大同健保