健保組合処理欄	支払年月日		承認	審査	審査	起案
	支給額	円				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
	7割 ・ 8割			喪失	年 月 日	

小島健康保険組合 御中

□被保険者
□被扶養者

療養費支給申請書（あん摩・マッサージ・指圧用）

（ 年 月分）
第 回目

被保険者記入欄

被保険者等記号番号もしくは※個人番号	受療者氏名	続柄	生年月日
			昭・平・令 年 月 日
発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか？	
平・令 年 月 日		□は い ⇒「第三者による傷病届」を提出 □いいえ	
傷病の原因及びその経過		施術に要した費用	
		円	
施術を受けた場所		施術を受けた部位	
a.施術所	b.その他（住所: ）		

本紙(又は添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請し、給付金の受領を下記事業主に委任します。
また、小島健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和 年 月 日 住 所
被保険者氏名
(請求者氏名) 電話

施術内容・証明欄（施術者記入欄）

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平・令 年 月 日	自・令 年 月 日 ～ 至・令 年 月 日	日	新規・継続

傷病名又は症状	転帰
	継続・治癒・中止・転医

		同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘要
施術料	マッサージ（施術料）	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					往療又は訪問の理由
	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		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	往療料		円 × 回 ＝ 円					
報告書	施術報告書交付料（前回支給: 年 月分）		円 × 回 ＝ 円					
合計			円					

施術日（マーク: 通院○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③） （ 月施術分）

施術日	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
マーク記入																															

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

令和 年 月 日 所 在 地
登録記号番号 （ ） 施術所名
施術管理者名 電話

同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			令和 年 月 日		

事業主記入欄

委任を受けた給付金の受領は、小島健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

受任者 所 在 地
事業所 名 称
事業主名

【提出の流れ】申請者 → 会社 → 健保（任意継続者は直接健保へ）

備考 ※個人番号を記載した場合、本人確認が必要となりますので、申請者本人が当書類と個人番号カードを窓口にご持参下さい。

【添付書類】**①医師の同意書（原本）※1,2 ②施術に要した費用の領収証（原本） ③施術所発行の施術報告書（写）※3**

※1『医師の同意書』は、同意書の有効期間内(6ヶ月間)における2回目以降の申請においては、添付を省略することができます。
ただし、「変形徒手矯正術」については、同意書の有効期間は1ヵ月とされており、申請の都度必ず同意書の添付が必要です。

※2『医師の同意書』の有効期間を超えて更に施術を受ける場合は、医師の診察を受けたうえで、あらためて交付された医師の同意書を添付する必要があります。 ※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術報告書(写)添付が必要です。