提出ルート：被保険者→事業主→健保
（任意継続被保険者は直接 健保へ）

伺年月日	年	月	
常務理事	事務長	担 当	担 当

支払年月日	年	月	日	支給金額							
資格取得年	年	月	日	法定給付							
請求金額			円	付加給付							
査定金額			円	支 給 計							

被保険者 家族 療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

○ 被保険者証等の記号番号	○ 発病または負傷年月日	○ 傷病名（医師の同意を受けた傷病名）
ー	年　月　日	

被保険者氏名（フリガナ）

施術を受けた者の氏名	（フリガナ）	続柄	○ 発症または負傷の原因 および その経過
	男・女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　）	○ 業務上・外、第三者行為の有無
	昭・平・令　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為である　3．その他

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　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	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
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人～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	（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				
一部負担金（1割・2割・3割）	円				
請求額	円				

施術日	訪問1①	訪問2②	訪問3③	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○																																			
往療◎																																			

○往療又は訪問の理由（ 1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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。

令和　年　月　日

登録記号番号

施術所　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

〒　ー

所在地

名称

施術管理者　氏名　電話

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		

受取代理

請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（請求者）署名（自筆）
受取代理人 代理人の住所	（〒　ー　）（ゴム印使用）
受取代理人 代理人の氏名	

※ ㈱ＳＵＢＡＲＵ期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座

金融機関（ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可）	銀行名	銀行・信金 信組	店・本店 支店・出張所
	銀行番号		店番号
預金種別 1 当座 2 普通	口座番号		（フリガナ）口座名義

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。

注1）施術所の所在地・施術所名はゴム印を使用し、施術者本人が自署してください。