

被保険者欄	○被保険者の記号番号									○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																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	令和 6 年 10 月 1 日									詳細記入																												
	療養を受けた者の氏名			(フリガナ)			ケホ 知ウ			続 柄			○業務上・外、第三者行為の有無 ※その他はカッコ内記入																																		
				健保 太郎			男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他			1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 (※その他を選択した場合は詳細記入) ○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) 該当する場合は記入																																		
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																									
	傷病名及び傷病															転 帰																															
	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 (3～9人)						円×			回＝			円																																		
	施 術 管 理 者 へ 記 入 を お 願 い し て く だ さ い 。															同意部位			(右 上 肢)			(左 上 肢)			(右 下 肢)			(左 下 肢)																			
																施術回数			回			回			回			回			回																
																円×			回＝			円																									
円×																回＝			円																												
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															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															月																																
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使ての外出困難 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。															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															名 称																															
															施 術 管 理 者			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。																																														
	申請者について記載してください。															申請者			住 所																												
支払機関欄	DM三井製糖グループ健康保険組合																																														
	支払区分																																														
	1. 事業所経由 2. 銀行 3. 郵便局送金 4. 当地 5. 公金受取口座利用																																														
同意記録	口座名義カタカナで記入															出張所			郵便局																												
	「同意書の原本」添付の際は記入不要です。															住 所			同 意 年 月 日			病 名			要加療期間																						
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します															申請者 (被保険者)			住 所			氏 名																										
															代理人			住 所			氏 名																										

原則、お勤め中の方は、1.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、2. 銀行送金または3.郵便局送金(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

お勤め中の方は、事業主経由になります。令和7年4月1日より「申請者」について、被保険者の住所・氏名を記入し、「代理人」の住所に事業所住所、氏名に事業主名の記入をお願いします。※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。

<記入にあたっての注意事項>

◆保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

※原則、在職中の方は、「1.事業所経由」を選択してください。利用しない人は銀行名等詳細記入してください。
公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>

- 本人 → 事業所 → 健康保険組合（※任意継続の場合は、直接、健康保険組合へ提出してください）
- ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<給付金に関する受領について>

在籍者は、原則事業主に委任となりますので、代理人欄には、事業主の住所・事業所名称を記入して下さい。
未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

<その他の添付書類（該当する場合）>

- ☐ 医師の同意書（原本）
- ☐ 施術報告書（写し）
- ☐ 往療状況確認表
- ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書