

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○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																											
	-		年 月 日																													
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(7月*1)	続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																											
		男 ・ 女			(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（施設等に入居している場合及び被保険者の住所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・ 年 月 日～至・ 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																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		訪問施術料 1		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		訪問施術料 2		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		訪問施術料 4 (10人～19人)		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		訪問施術料 5 (20人以上)		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		温 電 法 (加 算)		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		温電法・電気光線器具 (加 算)		円×		回＝		円																								
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		回＝		円																								
		変形徒手矯正術 (加算) ※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)																								
		施術回数	回	回	回	回																										
		円×		回＝		円																										
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		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																										
明 細 書 発 行 加 算		円×		回＝		円																										
合 計		円																														
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】				通減後合計額		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																															
	訪問3③																															
	訪問4④																															
往療◎	訪問5⑤																															
○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。		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																											
	年 月 日		〒 -																													
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。		〒 -																													
	年 月 日		住所		氏名																											
文 払 機 関 欄	金融機関名		銀行	支店名	本店	預金種別																										
	口座名 義 カタカナで記入		金庫 農協		支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()																										
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																							
					年 月 日																											

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。
ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委 任 欄	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。		年 月 日		申請者(被保険者)との関係 ()	
	申請者	住所	代理人	住所		
	(被保険者)	氏名		電話		
				氏名		

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)
1. 領収書(患者氏名、施術日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:あんま・マッサージ施術代)の記載と領収印の押印が必要)
2. 同意書
注: 同意書は、初療日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。
なお、有効期間内における2回目以降の請求については省略可。ただし、変形徒手矯正術については初療日から起算して1ヶ月まで有効。
(再同意書では初療日を医師の再同意日と読み替える)
3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
4. 往療状況確認書(該当する場合のみ)
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書(該当する場合のみ)
6. 訪問施術総括表(該当する場合のみ)