

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	○被保険者証等の記号番号		○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	(フリガナ)		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（入居施設や住所地特例等、保険証等住所地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																													
		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 電 法（加 算）		円× 回＝ 円																													
		温電法・電気光線器具（加 算）		円× 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																														
	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																															
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																														
支 払 機 関 欄	金融機関名		銀行 金庫 農協	支店名		本店 支店 出張所	預金種別																										
	口座名義 カタカナで記入				口座番号		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	電話	氏名
	（被保険者）	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回目以降の請求にあつては省略可。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. 住療状況確認表（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）

受付年月日