

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																					
	(フリガナ)										続柄					○業務上・外、第三者行為の有無																
	療養を受けた者の氏名										男・女					(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																
明・大・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・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						
	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													
	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													
	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										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																						
訪問1①																																
通所②																																
往療③																																
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																
	令和 年 月 日										〒 -					住所																
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。										〒 -					住所																
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 殿					氏名					電話											
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類					金融機関名					本店											
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					銀行 金庫 農協					支店 出張所											
口座名義 カタカナで記入										口座番号										郵便局												
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																

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。 令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名

住所
代理人 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (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。

※ 当該申請書を提出の際には、制術に要した費用が記載された領収書 (原本) を必ず添付してください。