

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 ())																									
									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																	
	施 術 料	マッサージ (施術料)							同意部位 施術回数		(軀幹) 回		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 回		摘 要																	
		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・電機光線器具 (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 施術回数		(右上肢) 回		(左上肢) 回		(右下肢) 回		(左下肢) 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 1 ①							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 2 ②																																					
往療◎ 訪問 3 ③																																						
○往療又は訪問の理由 (1. 徒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徒歩による外出困難 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										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																							
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師										住 所 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。 令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 殿 住所 氏名 電話																											
	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払										預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																							
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入						口座番号																				郵便局											
	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																																						

※ 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。