

|                        |                         |        |    |                      |                      |                |   |   |
|------------------------|-------------------------|--------|----|----------------------|----------------------|----------------|---|---|
| 被保険者欄                  | 被保険者証等の<br>記号番号         | 記号     | 番号 | 所属事業所<br>及び部署名       | 電話(内線)               |                |   |   |
|                        |                         |        |    |                      |                      |                |   |   |
|                        | 被保険者氏名                  | (フリガナ) |    | 被保険者<br>生年月日         | 昭和                   | 年              | 月 | 日 |
|                        |                         |        |    |                      | 平成                   |                |   |   |
|                        | 住所<br>電話番号等<br>(日中の連絡先) | 〒      |    |                      |                      |                |   |   |
|                        |                         | 電話     |    |                      | メールアドレス              |                |   |   |
|                        | 療養を受けた者の<br>氏名          | (フリガナ) |    |                      | 療養を受けた者の<br>生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 |
|                        |                         |        |    |                      |                      |                |   |   |
| 発症又は<br>負傷年月日          | 年 月 日                   |        |    | 発症又は負傷の原因<br>及びその経過  |                      |                |   |   |
| 交通事故等<br>第三者が原因<br>ですか | いいえ ・ はい                |        |    | 業務上、通勤途上<br>によるものですか | いいえ ・ はい             |                |   |   |
|                        | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。    |        |    |                      | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |                |   |   |

|                                                                                 |                      |                            |   |   |                       |   |           |           |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|---|---|-----------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|----|----|----|----|-----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 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<br>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 4 (10人～19人)          |   |   |                       |   |           | 円 × 回 = 円 |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                      | 訪問施術料 5 (20人以上)            |   |   |                       |   |           | 円 × 回 = 円 |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                      | 温 罨 法 (加 算)                |   |   |                       |   |           | 円 × 回 = 円 |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                      | 温罨法・電気光線器具(加 算)            |   |   |                       |   |           | 円 × 回 = 円 |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                      | 変形徒手矯正術(加算)<br>※温罨法との併施は不可 |   |   |                       |   |           | 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 |           |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 明 細 書 発 行 加 算        |                            |   |   |                       |   | 円 × 回 = 円 |           |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 合 計                  |                            |   |   |                       |   | 円         |           |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | 施術日                  | 訪問1①                       | 月 | 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                 |                            |   |   |                       |   |           |           |           |           |           |           |           |     |    |    |    |    |     |    |           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |
| ○往療又は訪問の理由( 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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                 |  |  |  |     |  |  |  |           |  |  |  |       |  | 〒 ー 住 所             |  |       |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |
|       | 免許登録番号                   |  |  |  |     |  |  |  |           |  |  |  |       |  | あん摩<br>マッサージ指圧師 氏 名 |  |       |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電 話 |  |  |  |  |
| 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  |  |  |  |       |  |                     |  |       |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |

|       |                                                                                                                     |  |  |    |         |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|---------|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|
| 振込先情報 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) |  |  |    |         |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|       | 注)口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、記入口座を優先させていただきます。                                            |  |  |    |         |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|       | 金融機関コード                                                                                                             |  |  |    |         |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | 支店コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|       | 金融機関名称                                                                                                              |  |  |    | 銀行/信用金庫 |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本店/支店 |  |  |
| 預金種別  |                                                                                                                     |  |  | 普通 |         |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義(カタカナ) |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本    2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印