

療養費支給申請書(年 月分) (あん摩・マッサージ・指圧用)

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. 第三者行為である 3. その他()																													
年 月 日 生		施術した場所 (入居施設や住所地特例等、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		年 月 日 ~ 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)																								
				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) ※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																										
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																																
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		所在地		〒 —																												
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		所在地 施術所名 施術者名 電話 () —																												
※施術所の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。																																	
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																												
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 千 —																																
確認欄		<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです																															
振込(送金)を希望する金融機関		フリガナ		銀行		本店 支店		預金の種類		1. 普通 2. 当座																							
※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入		口座番号		口座名義人		フリガナ																											
委任する時 ※施術者等への委任はできません		上記申請金額の受領方を		住 所 氏 名		に委任します。		年 月 日		被保険者氏名																							
備考欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)																																

◎ 太枠内は、施術者へ記入を依頼してください。

◎ 添付書類

施術に要した費用の領収証 医師の同意書の原本(初療月及び再同意月) 施術報告書の写し(該当する場合のみ)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)