

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																			
													1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																			
																	○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）																			
				昭・平・令 年 月 日生																																

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		(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 罎 法（加 算）								円× 回＝ 円																										
		温罎法・電気光線器具（加 算）								円× 回＝ 円																										
		変形徒手矯正術（加算） ※温罎法との併施は不可								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	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。 令和 年 月 日														保健所登録区分 〒 ー				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														〒 ー																	
	申請者 (被保険者) 殿														住所 氏名 電話																	

支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込								預金の種類 1. 普通								金融機関名 銀行 農協 本店 金庫 支店 信組 出張所							
	口座名義 カタカナで記入								口座番号															

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															