

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																											
	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. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )																			
				男・女				○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）																								
				明・大・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		回＝		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	月																														
往療◎	訪問3③																															
○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。				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 氏名				住所																							
支払機関欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行				本店															
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座								金庫				支店															
3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段								農協				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。