

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※ 太枠部分は申請者（被保険者）がご記入ください。

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 ( ) )																
														○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										男・女																				
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						
	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											
	通所										円×		回＝		円		円													
	訪問施術料 1										円×		回＝		円		円													
	訪問施術料 2										円×		回＝		円		円													
	訪問施術料 3 (3人～9人)										円×		回＝		円		円													
	訪問施術料 3 (10人以上)										円×		回＝		円		円													
	温 罨 法 (加 算)										円×		回＝		円		円													
	温罨法・電気光線器具 (加 算)										円×		回＝		円		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		円													
往 療 料										円×		回＝		円		円														
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)										円×		回＝		円		円														
合 計										円		回＝		円		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. 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										〒 -			氏名 電話																
支払機関欄	支払区分										預金の種類										金融機関名									
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										銀行 本店 支店 出張所 金庫 農協									
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									
受領委任欄	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 (被保険者) 住所 氏名										代理人の事業所所在地・事業所名称・代表者名																			
										住所 氏名																				

※ 申請される時点で事業所（会社）に在籍されている方は事業所（会社）に一旦支給いたしますので受領委任欄の申請者欄を記入し事業所（会社）をととして申請下さい。資格喪失後に申請される方及び任意継続に加入されている方は支払機関欄を記入ください。