

療養費支給申請書（ 年 月分） あんま・マッサージ用

※被保険者等記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日提出

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名（自署）																											
	個人番号																														
	社員番号																														
	被保険者 （請求者）住所	〒 -																													
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																						
		男・ 女																													
	発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日			傷病名																										
	発症又は負傷の原因及びその経過				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																											
支払金融機関	金 融 機 関 名			預金の種類	口座番号																										
	銀行			本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義（カナ） （被保険者名義）																									
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間												実日数	請 求 区 分														
	令和 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・電機光線器具（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																													
	一部負担金（ 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ）	円																													
請 求 額	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。			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			〒																											
				施術所	所在地																										
				名 称																											
同 意 記 録	登録記号番号			施 術 管 理 者 氏 名	電 話																										
	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																										