

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

|                                                                                                 |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|---|---|-----------------------------|---|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------------------------------------|------|----------|---------------------------------------------|---|---|---------------------------------|-----------------------|-----|----|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|--|--|--|
|                                                                                                 | ○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 |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| <div>被<br/>保<br/>険<br/>者<br/><br/>欄</div>                                                       |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           | 年　月　日                                         |       |       |       |       |                      |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                                 | <div>療養を受けた者の氏名</div>                          |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           | (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、保険証住所と異なる場合に記載） |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| 明・大・昭・平・令    年      月      日生                                                                   |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| <div>施<br/>術<br/>内<br/>容<br/><br/>欄</div>                                                       | 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<br>術<br>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）<br>※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 |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                                 |                                                |                 |   |   |                             |   | 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①                                            | 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 | ㉜ |  |  |  |
| 通所                                                                                              | 訪問②                                            | 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 | ㉜ |   |  |  |  |
| 往療◎                                                                                             | 訪問③                                            | 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 | ㉜ |   |   |  |  |  |
| ○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（                ）  ） |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| <div>施<br/>術<br/>証<br/>明<br/>欄</div>                                                            | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和  年  月  日        |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          | 保健所登録区分                                     |   |   | 住  所<br>1. 施術所在地  2. 出張専門施術者住所地 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                                 | 免許登録番号<br>あん摩マッサージ指圧師                          |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          | 氏  名                                        |   |   | 電話                              |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| <div>申<br/>請<br/>欄</div>                                                                        | 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。<br>令和  年  月  日   |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      |          | 申請者<br>(被保険者)<br>殿                          |   |   | 住所<br>氏名                        |                       |     | 電話 |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
|                                                                                                 | 支払区分<br>1. 振込<br>2. 銀行送金<br>3. 郵便局送金<br>4. 当地払 |                 |   |   |                             |   |                                               | 預金の種類<br>1. 普通<br>2. 当座<br>3. 通知<br>4. 別段 |                                               |       |       |       |       |                      | 金融機関名                               |      |          |                                             |   |   |                                 | 本店<br>支店<br>農協<br>出張所 |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| 口座名義カタカナで記入                                                                                     |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           | 口座番号                                          |       |       |       |       |                      |                                     |      |          |                                             |   |   |                                 |                       | 郵便局 |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| <div>同<br/>意<br/>記<br/>録</div>                                                                  | 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<br>(被保険者)  住所<br>氏名                                                                         |                                                |                 |   |   |                             |   |                                               |                                           |                                               |       |       |       |       |                      |                                     |      | 住所<br>氏名 |                                             |   |   |                                 |                       |     |    |   |   |   |   |       |   |   |   |   |  |  |  |
| 代理人  住所<br>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。