

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<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ)           | 続 柄        |                                       | ○業務上・外、第三者行為の有無                |  |
|           |                           | 男<br>・<br>女      |            |                                       | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) ) |  |
|           |                           | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |            | ○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) |                                |  |

|                                    |           |                    |                       |              |              |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------|-----------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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<br>施術回数 | ( 軀 幹 )<br>回 | ( 右 上 肢 )<br>回 | ( 左 上 肢 )<br>回 | ( 右 下 肢 )<br>回 | ( 左 下 肢 )<br>回 | 摘 要 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 通 所                |                       | 円×           |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%減) |                       | 円×0.5×       |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 訪問施術料 1            |                       | 円×           |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%減) |                       | 円×0.5×       |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 訪問施術料 2            |                       | 円×           |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%減) |                       | 円×0.5×       |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 訪問施術料 3 (8人～9人)    |                       | 円×           |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%減) |                       | 円×0.5×       |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 訪問施術料 4 (10人～19人)  |                       | 円×           |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%減) |                       | 円×0.5×       |              | 回＝             | 円              |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 訪問施術料 5 (20人以上)                    |           | 円×                 |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (月16回以降の施術に係る50%減)                 |           | 円×0.5×             |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 温 電 法 (加 算)                        |           | 円×                 |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (月16回以降の施術に係る50%減)                 |           | 円×0.5×             |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 温電法・電気光線器具 (加 算)                   |           | 円×                 |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (月16回以降の施術に係る50%減)                 |           | 円×0.5×             |                       | 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            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (月16回以降の施術に係る50%減)                 |           | 円×0.5×             |                       | 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            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 明細書発行加算                            |           | 円×                 |                       | 回＝           | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 合 計                                |           |                    |                       |              | 円            |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】 |           |                    |                       | 減後合計額        |              | 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      |                    |                       |              |              |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    | 訪問3③      |                    |                       |              |              |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療◎                                | 訪問4④      |                    |                       |              |              |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    | 訪問5⑤      | 月                  |                       |              |              |                |                |                |                |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

○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                 |  | 〒 —         |     |                         |    |
|           | 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                      |   | 住所  |               |  |    |
|       |                               | 殿 |     | 申請者 (被保険者) 氏名 |  | 電話 |

|              |                                         |  |                         |      |       |  |       |  |        |     |  |
|--------------|-----------------------------------------|--|-------------------------|------|-------|--|-------|--|--------|-----|--|
| 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 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払 |  | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |      |       |  | 金庫 農協 |  | 支店 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。

## 《 記入にあたっての注意事項 》

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
  - 「施術内容欄」と「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼してください。
  - 「申請欄」の申請者は、被保険者の方を記入してください。  
(療養を受けた者の氏名欄が被扶養者の場合、特に誤りやすいのでご注意ください。)
  - 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
  - 被保険者以外の方が給付金を代理受領する場合、申請書内の委任状欄に記入してください。
  - 「同意記録」は、同意書(原本)を添付する場合、記入の必要はありません。  
ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ※ 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

## [ その他添付書類(該当する場合) ]

- ☐ 医師の同意書(原本)      ☐ 診断書(原本)      ☐ 施術報告書(写し)
- ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

※ この申請にあたりまして、支払い決定は審査により、診療月より数えて4か月以上先になる場合がございますので、予めご了承ください。