

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																					
	(フリガナ)										続 柄			○業務上・外、第三者行為の有無																		
	療養を受けた者の氏名										男・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		(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																															
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 (被保険者) 殿					氏名 電話											
支払機関欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										本店	
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 金庫 農協										支店	
3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段																				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																																
代理人 住所 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) 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。