

## 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 年 月 日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	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 ( ) )																													
		男 女		○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																																	
施 術 内 容 欄	初療年月日 ( ) 年 月 日		施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日			実日数 日	請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医																										
	傷病名及び症状					摘 要																											
	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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 罨 法 (加算)		円×		回＝		円																										
	温罨法・電機光線器具 (加算)		円×		回＝		円																										
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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																															
一部負担金 (1割・2割・3割)		円																															
請 求 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																																
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便するの外出困難 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	施術所	所在地		〒 -																												
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。		申請者 (被保険者)		住所																												
	令和 年 月 日	施術管理者	氏名		電話																												
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																												
					令和 年 月 日																												