

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 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																			
											男・女										昭・平・令 年 月 日生										(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)																			
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																																						
												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																																																		
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										〒 ー																																							
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。										〒 ー																																							
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 住所 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 支店 出張所																			
	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										銀行 金庫 農協																													
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。
※ 日付は和暦で記入してください。