

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)<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                                |                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 〒                       |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |     |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                |                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 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 欄                                                                         | 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 氏名

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。