

支給金額	記入例	算出基礎	算出基礎(未就学児、高齢者7割・8割)	常務理事	事務長	担当者
支給年月日						

被保険者
家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

(令和〇年 〇月分)

下記(または添付)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。

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		所属		連絡先																							
	1 - 12345		健保 太郎		〇〇〇		12345																							
	被保険者の住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市 〇〇〇 〇〇〇〇																											
	療養を受けた者の氏名				続柄		療養を受けた者の生年月日																							
	フリガナ ケンボ ハナコ				妻		昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日																							
	健保 花子																													
	発病または負傷年月日		傷病名		業務上・外、第三者行為の有無																									
	〇〇年 〇〇月 〇〇日		脳出血による筋肉麻痺		1.業務上 2.第三者行為 3.左記以外																									
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯																													
	脳出血で右半身が自由に動かなくなった。脳外科主治医からマッサージの治療を勧められ開始。 まだ、半身が思うように動かず通院中。																													
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)(訪問施術を受けた方のみ)																														
〒 訪問施術を受けた方のみ、施術された住所を記入してください。 通所の方は空欄をお願いします。																														
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																					
	〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		〇年 〇月 〇日		筋麻痺・筋委縮		同意書に記載があれば記入																					
	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分																					
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日		新規 継続																					
	傷病名及び症状						転帰		継続・治療・中止・転医																					
	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)																														
温電法・電気光線器具(加算)																														
変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		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																								
費用額計				円																										
施術日 通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③																														
月 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																														
○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())																														
上記の通り施術を行い、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										
年 月 日															施術所名					所在地 〒										
免許登録番号															あん摩マッサージ指圧師氏名															
															電話番号															

同意書の支給可能期間内における2回目以降の請求は同意書の添付は不要ですが、同意記録は必ず記入してください。

施術内容・証明欄(記入または添付)

あんま師・マッサージ師・指圧師
に記入を依頼してください。

原因については各自が思い当たることをご記入ください。現在の状況を詳しく記入ください。

裏面に施術に係る療養費の取り扱いについて記載があります。

受付日付印

申請前に裏面を必ずお読みください。