

			支 給 支 払 決 議 書			
受付年月日	年 月 日					
支給額	円					

2024年10月改定

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																						
										(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																						
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・ 年 月 日 ～ 至・ 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 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																		
		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 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																									
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																															
住療◎	訪問3③																															
○住療又は訪問の理由 (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															
	年 月 日												〒																			
	免許登録番号												あん摩マッサージ指圧師																			
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。												〒																			
	年 月 日												住所																			
	殿												申請者 (被保険者) 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											支店								
	3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払						3. 通知 4. 別段						農協											出張所								
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											
													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。 年 月 日																																
申請者 住所																																
(被保険者) 氏名																																
住所																																
代理人 氏名																																