

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。

被保険者記入欄	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		070-****-****																									
	被保険者の住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 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 健保 花子				妻		昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日																									
	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																											
	令和〇年 〇月 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。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		〇〇市 〇〇町 〇〇-〇〇		令和〇年〇月〇日		筋麻痺・筋委縮		同意書に記載があれば記入																							
施術内容・証明欄(施術者記入)	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 4 (10人~19人)		円×		回=		円																								
		訪問施術料 5 (20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																										
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																										
明細書発行加算		円×		回=		円																										
費用額計		円		回=		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															あんま・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、同意記録は必ずご記入ください。

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。