

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										明・大・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、保険証住所地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																														
		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										支給決定額																													
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月 分)										円 × 回 = 円																																							
	合 計										円										円																													
施術日 訪問 1 ①										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 2 ②																																																		
住療◎ 訪問 3 ③																																																		
○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																													
	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 住所										氏名 電話																													
支 払 機 関 欄	◇「支払金融機関」は資格喪失後の申請 (会社を退職あるいは任意継続を脱退して資格を喪失した方) のみ記入。 郵貯銀行は不可																																																	
	支払区分 1. 振 込										預金の種類 1. 普通 2. 当座										金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 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									
																					令和 年 月 日																													
受 取 代 理 人 の 欄	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										住所																																							
(被保険者)										代理人																																								
氏名										氏名																																								