

- 被保険者
- 家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

〔添付書類〕

① 同一往來がある場合は、往來を必要とした理由・往來料のわかる併給はできません。
 ② ① 領収書(原本) ※受診者名がわかるものから3か月経過後における同意書については医師の同意を得なければ添付は不要、同意記録欄に記載のこと。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名									
	被保険者住所		(〒 -) (電話番号)										
	所属事業所名		<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続		生年月日	年	月	日					
	療養を受けた者の氏名		生年月日	年	月	日	続柄						
	傷病名		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()								
	発病又は負傷の 原因及びその経過		負傷年月日		年	月	日						
	施術を受けた 施術所	名称	施術者氏名										
		所在地											
	施術の期間 (支給期間:月単位)		年	月	日	～	年	月	日	日数	日	施術に要した 費用の額	円
	振込希望の銀行 (被保険者名義)		口座名義(カタカナ)		銀行	支店	普通 当座	給与振込口座 ある・ない					

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請求区分		
	年 月 日		年 月 日 ～ 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		
	施 術 内 容 欄	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	
			通所	施術回数	回	回	回	回	回		
			訪問施設料 1	円X	回	回	回	回	円		
			訪問施設料 2	円X	回	回	回	回	円		
			訪問施設料 3 (3人～9人)	円X	回	回	回	回	円		
			訪問施設料 3 (10人以上)	円X	回	回	回	回	円		
			温 罨 法 (加算)	円X	回	回	回	回	円		
			温罨法・電気光線器具(加算)	円X	回	回	回	回	円		
			変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)			
			特別地域(加算)	円X	回	回	回	回	円		
	往 療 料		円X	回	回	回	円				
	施術報告書交付料(前回: 年 月分)		円X	回	回	回	円				
合 計						円					
一部負担金(1割・2割・3割)						円					
請 求 額						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											
○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、その費用を領収いたしました。				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				住所						
	登録番号番号 _____ あんま師				氏名						
登録記号番号 _____ マッサージ師				電話番号							
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		
	前回										
今回											

委 任 状	本請求に基づく療養費の受領を下記事業主に委任します。				年 月 日
	被保険者		住所 氏名		
	事業主		住所 氏名		

受付日付印