

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |    |       |      |      |       |      |   |    |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|----|-------|------|------|-------|------|---|----|
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特記事項 |    | 1 社国  | 3 後高 | 2 本外 | 8 高外一 | 給付割合 |   |    |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |    | 2 公費  | 4 退職 | 4 六外 | 0 高外7 | 8    | 9 | 10 |
| 区市町村番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      | 種類 | 04 マ  |      |      |       |      |   |    |
| 受給者番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |    | 保険者番号 |      |      |       |      |   |    |

|                                       |              |        |  |            |    |  |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--------------|--------|--|------------|----|--|----------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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    |  |            |    |  |                      | ( 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) |              |        |  |            |    |  |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日生                      |              |        |  |            |    |  |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                             |                 |             |                       |  |  |  |  |  |  |      |         |         |         |         |         |             |         |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|-----------------------------|-----------------|-------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|---------|-----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| 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           | 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 罨 法 (加算)                  |                 |             |                       |  |  |  |  |  |  | 円×   |         |         |         |         | 回=      |             |         |     |   | 円 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| 温罨法・電気光線器具 (加算)             |                 |             |                       |  |  |  |  |  |  | 円×   |         |         |         |         | 回=      |             |         |     |   | 円 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| 変形徒手矯正術 (加算)<br>※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 ) | 摘 要     |             |         |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|                             |                 |             |                       |  |  |  |  |  |  | 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 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| 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                 |  |  |  |  |  |  |  |  |           | 〒 -     |  |  |  |     | 所在地                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録記号番号 |                          |  |  |  |  |  |  |  |  | 施 術 所     |         |  |  |  | 名 称 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                          |  |  |  |  |  |  |  |  | 施 術 管 理 者 |         |  |  |  | 氏 名 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |           |         |  |  |  | 電 話 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |   |              |  |  |  |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--------------|--|--|--|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 (被保険者) |  |  |  |     | 住 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                               |  |  |  |  |  |  |  |  | 殿 |              |  |  |  | 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 3. 郵便局送金 4. 当地払 |  |  |  |      | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 金庫 支店 農協 出張所 |  |  |  |  |
| 口座名義カタカナで記入 |                                |  |  |  | 口座番号 |                         |  |  |  |  |       |  |  |  | 郵便局 |              |  |  |  |  |

|      |         |  |  |  |  |     |  |  |  |  |           |  |  |  |  |       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|------|---------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 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 |  |  |  |  |
|      |         |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 令和 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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。