

療 養 費 (本人・家族) 支給申請書 (あんま・マッサージ用)

健 保 記 入 欄	支給決定額	¥	受付日	入力日
	法定給付	¥	記 入 例	
	付加給付	¥		
	支給決定期間	. . . ~ . . . 日間		

事務長	担当者	担当者	入力者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証等記号番号	被保険者名	第三者行為
	1 - 12345	名鉄 太郎 (印)	はい・いいえ
	住所	名古屋市中村区名駅1-2-3	
	受療者氏名 (生年月日)	名鉄 花子 (昭和・平成・令和 48年 11月 10日生)	発病または負傷年月日
傷病名	脳梗塞	傷病の原因及び経過	令和 6年 9月 1日
		脳梗塞で倒れ、麻痺残存のため	
受領委任欄	請求金額の受領を下記の事業主に委任します。 被保険者氏名 名鉄 太郎 (印)		
	(上欄と同一の印鑑を使用すること)		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分																												
	年 月 日	令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	新規・継続																												
	傷病名又は症状			転 帰																												
				継続・治療・中止・転医																												
	マッサージ (施術料)	同意部位	(躯 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																															
	訪問施術料 3 (3人～9人)																															
	訪問施術料 3 (10人以上)																															
	温罨法 (加算)			円																												
	温罨法・電気光線器具 (加算)			円																												
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可			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																													
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
通所○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③																															

あん摩マッサージ指圧師に
記入を依頼してください。

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	名称	氏名	印 電話	
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		

事 業 主 証 明 欄	所属長	役職	事業主
	氏名	氏名	または 代務者
	記入・押印してください		記入・押印してください
		印	印

<添付書類>
 ・領収書原本
 ・医師の同意書写し (6か月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)
 ・再同意の際の「施術報告書」について、交付料を請求する場合には施術者が交付する「施術報告書」写しの添付をお願いします。