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	￥		
	付加給付	￥		
	支給決定期間	・　・　～　・　・　日間		

記　入　例

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 1　－　12345	被保険者名　名鉄　太郎　㊞ 住所　名古屋市中村区名駅1-2-3	第三者行為 はい　・　いいえ
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 年　月　日
傷病名 脳梗塞	傷病の原因及び経過 脳梗塞で倒れ、麻痺残存のため	
受領委任欄 （上欄と同一の印鑑を使用すること）	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　㊞	

施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄

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	新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医

施術内容欄							
傷病名又は症状							
マッサージ（施術料	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	回	摘　要
通所						円	
訪問施術料　1						円	
訪問施術料　2						円	
訪問施術料　3（3人						円	
訪問施術料　4（10人						円	
訪問施術料　5（20人						円	
温罨法（加算）						円	
温罨法・電気光線器具（加算）	円×　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）		
	施術回数	回	回	回	回		
	円×　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	
合　計						円	

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っての外出困難　　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。

令和　　年　　月　　日

登録記号番号

あん摩マッサージ指圧師

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

所在地

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 氏名　記入・押印してください　印	事業主または代務者	記入・押印してください　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。