

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		

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	印	第三者行為
	-	住所		はい・いいえ
	受療者氏名 (生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日生)		発病または負傷年月日
				年 月 日
	傷病名	傷病の原因及び経過		
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			
	(上欄と同一の印鑑を使用すること)			印

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																									
	傷病名又は症状							転 帰																									
								継続・治癒・中止・転医																									
	マッサージ (施術料)	同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																									
	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) ※温罨法との併施は不可	同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 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																																
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	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	名称	あん摩マッサージ指圧師			
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	または 代務者
		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。