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 住所		第三者行為 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 （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　印		

施術者（あんま・マッサージ指圧師）記入欄																																
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 転帰 継続・治癒・中止・転医	
	傷病名又は症状																														摘要	
	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）																					
		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 4（10人～19人）	円×　回＝　円																														
	訪問施術料 5（20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	（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																														

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。	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 登録記号番号 あん摩マッサージ指圧師	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　印	事業主または代務者		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。