

| | | | | | | | |
|-----|---|----------|--|------|-----|----|---|
| 支給額 | 円 | 支払年月日 | | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | |

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

本・家印

| | |
|------|---------|
| 処理区分 | 償還払い 29 |
|------|---------|

提出日 令和 年 月 日

| | | | | |
|-------|-----------------|-----------|-------------------|-------------|
| 被保険者欄 | 被保険者証等の記号番号 | 記号番号 | 被保険者の(申請者)氏名と生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 事業所名所在地 | | | |
| | 申請者が扶養者のときはその方の | 氏名 | 生 年 月 日 | 続 柄 |
| | | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| | 傷病名 | 発病又負傷の年月日 | | 平成・令和 年 月 日 |

| | | | | | | | | |
|-------|------------|-------------|------|-----------------------|-----|-----|------|-------------|
| 施術内容欄 | 初療年月日 | 平成・令和 年 月 日 | 施術期間 | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 新規・継続 |
| | 傷病名及び症状 | | | | | | | 転 帰 |
| | | | | | | | | 継続・治癒・中止・転医 |
| | マッサージ(施術料) | 同意部位 | 軀幹 | 右上肢 | 左上肢 | 右下肢 | 左上肢 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温電法(加算) | 円× | 回＝ | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温電法・電気光線器具(加算) | 円× | 回＝ | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変形徒手矯正術(加算) ※温電法(加算)との併用は不可 | 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＝ | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 通所〇 | 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 | 施術所 | 所在地 |
| | 登録記号番号 | 名 称 | |
| | | 施術管理者 | 氏 名 |
| | | | 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 | | |

注) 初回及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合、徒手矯正術を受ける場合は毎月、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。
注) 給付は全て被保険者の給与に組込となります。下記受取代理人の本人欄に記名してください。(任意継続者を除く)
また、任意継続者は、保険料を払込しているゆうちょ銀行の口座(前納者は事前に申出されている口座)に振り込みとなります。

| | | |
|---------|--------------------------------------|-----|
| 受取代理人の欄 | 本請求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 | 受付印 |
| | 本人 住所 氏名 | |
| 代理人 | 住所 氏名 | |

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)