記入見本

療養費支給申請書（○○年 ○○月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者記入欄

①被保険者等記号・番号	②被保険者の氏名	③被保険者の生年月日
123 - 4567	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ 健保 太郎	○○ 年 ○ 月 ○ 日生

④被保険者の住所	電話番号
〒 012 - 3456 東京都目黒区○○○－○○－○○	○○ (○○○○) ○○○○

⑤施術を受けた者		⑥続柄	⑦発病または負傷年月日
(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ ハナコ 健保 花子	男 (女)	1.本人 (2.配偶者) 3.子 4.その他 ( )	○○ 年 ○ 月 ○ 日
○○ 年 ○ 月 ○ 日生			⑧傷病名(医師の同意を受けた傷病名) 筋麻痺

⑨発症または負傷の原因及びその経過	⑩業務上・外、第三者行為の有無(○を付けてください。)
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	1. 業務上 2. 第三者行為である (3. その他)

施術管理者記入欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
○○ 年 ○ 月 ○ 日	自・○○年 ○ 月 ○ 日 ～ 至・○○年 ○ 月 ○ 日	○ 日	(新規)・継続
傷病名又は症状	筋麻痺		転帰 (継続)・治癒・中止・転医

施術料	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
マッサージ(施術料)	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 (3～9人)	円× 回＝	円
訪問施術料 3 (10人以上)	円× 回＝	円
温罨法	○○ 円× ○ 回＝	○○ 円
温罨法・電気光線器具	円× 回＝	円

変形徒手矯正術	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	

摘要
※施術管理者以外が施術した場合に記入

施術者氏名

施術日 ・ ・ ・ 日

※往療を必要とした場合に記入

往療日 ・ ・ ・ 日

往療を必要とした理由

施術日 訪問1 ① 通院○ 訪問2 ② 往療◎ 訪問3 ③ ○ 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。

○○年 ○○月 ○○日

免許登録番号

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	東京都江東区○○○－○○－○○
施術所名	○○治療院
施術管理者名	○○ ○○ 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
保険 一郎	東京都江東区○○－○○	○○ 年 ○ 月 ○ 日	筋麻痺	

給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)
	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	□ 普通 (総合口座)	
	本店 支店 出張所 店番号 (3ケタ)	□ 当座	口座番号(数字7ケタ)

＜添付書類＞ 1. 施術に要した費用の領収書(原本)

＜該当する場合＞ 2. 医師の同意書(原本) 3. 施術報告書(写し) 4. 往療状況確認表 5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書