

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用) 第 回

被保険者記入欄	被保険者記号-番号	—	被保険者氏名		生年月日	年 月 日
	事業所名		被保険者住所	〒		
	受療者氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
	傷病名		発病又は負傷年月日			
	発症又は負傷の原因及びその経過		施術場所(入居施設名および住所等)		業務上・外第三者行為の有無	
				1.業務上 2.第三者行為 3.その他		

施術内容欄	初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	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																								
	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	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 (3~9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・電機光線器具(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 =	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○	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
	年 月 日	〒	
	免許登録番号	住所 あん摩マッサージ指圧師 氏名	電話

同意記録	同意医師の氏名	医療機関名 及び 住所	同意年月日	傷病名	要加療期間

[添付書類] 領収書の原本、初療時は医師の同意書

受付日印

健保記入欄	支給期間	年 月 日 ~	年 月 日 間
	費用額合計	円	法定給付 円
	医療との併給	あり・なし	支給決定 月末払・不支給 決議書No.
	備 考	高齢受給者()割・公費	