

支給 決議 書	支 給 額	円	資格取得年月日	年	月	日
	期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	資格取得年月日	年	月 日
	備 考					

被保険者
被扶養者療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記 号・番 号	記号 番号	② 被保険者の氏名			
	③ 被保険者の住所	〒				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自 宅	勤務先			
	⑤ 被保険者が勤務している会社名					
	⑥ 発病または負傷の原因及び経過について	⑦ 施術した場所（保険証住所と異なる場合に記載）				
	⑧ 診 療 の 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	⑨ 診療に要した 費 用 の 額	円	
	⑩ 被扶養者に関する 申請のときはその者の	(a)氏 名	(b)生 年 月 日	(c)続 柄		
	⑪ 振 込 希 望 口 座	銀行 普通 支店 当座	フリガナ 名義人氏名			
	⑫ 委 任 状	私は を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費の 受領方を委任します。 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名				

注意事項

1 施術時に発行される領収書（原本）をすべて添付してください。
2 往療が必要となった時は、その理由を摘要欄に記入してください。
3 あんま・マッサージ・指圧師記入欄は、施術者の方が記入してください。
4 暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
5 初診時に請求される時は、「医師の同意書」（原本）を添付してください。

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容	初療年月日	施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分																											
		年 月 日	自 至	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																														
		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) ※温電法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
			同意部位	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:通院○・往療◎		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	
訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③																																	
○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 書 同 意 記 録	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																																
	あんま・マッサージ・指圧師 住 所 電話番号 氏 名																																
	同意医師の氏名	住 所					同意年月日					傷 病 名					要加療期間																
						年 月 日																											