

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 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)
被扶養者

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 100 番号 12345	② 被保険者の氏名	健保 太郎		
	③ 被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自 宅	000-000-0000	勤務先	000-000-0000	
	⑤ 被保険者が勤務している会社名	〇〇〇〇株式会社〇〇支店				
	⑥ 発病または負傷の原因及び経過について	肩関節拘縮		⑦ 施術した場所（保険証住所と異なる場合に記載）	入居施設	
	⑧ 診療の期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 日間 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	⑨ 診療に要した費用の額	〇〇〇〇 円		
	⑩ 被扶養者に関する 申請のときはその者の	(a)氏 名 健保 花子	(b)生 年 月 日 昭 令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(c)続 柄 妻		
	⑪ 振込希望口座	〇〇 銀行 (普通) 〇〇〇〇〇〇 〇〇 支店 当座	フリガナ ケンポ タロウ 名義人氏名 健保 太郎			
	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。 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____				

注意事項

5 4 3 2 1
初 暦 往 施
診 月 は り 術
時 ご と き 療 が
に と き ゆ 必 時
請 受 要 と に
求 診 行 さ
さ る 者 じ ゃ
る 時 記 な
は 欄 っ た
は 領
に づ け 収
き 1 施 書
枚 術 其
の 者 が の
同 記 入
意 入 して
書 書 ぐ
（ 本 だ
原 さい
本 ） を
を 添
添 付
付 し
し て
て く
く だ
だ さ
さ い
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	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 罎 法 (加 算)	円 × 回 = 円																													
			温罎法・電気光線器具(加 算)	円 × 回 = 円																													
			変形徒手矯正術(加 算) ※温罎法との併施は不可	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	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 _____																																
同意記録	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																										