

支給決定額 _____ 円

療養費支給申請書（本人・家族）

あんま・マッサージ用

被 保 険 者 記 入 欄	○被保険者証等の記号番号 ※1		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																											
	記号	番号	令和2年 9月 1日		関節拘縮 脳梗塞の後遺症																											
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 無し																											
		健保 太郎		男	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																											
	振込先	伊予 銀行 金庫 農協	三島 本店 支店	預金種別	口座番号							口座名義(カナ)																				
委任の場合	(被保険者との関係) _____ を代理人として上記金額の受取方を委任します。																															
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。														〒799-0403																		
令和 6年 11月 5日														申請者 (被保険者) 住所 愛媛県四国中央市三島朝日12-34																		
														氏名 健保 太郎 電話 0896-12-3456																		
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分																							
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		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人～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・電気光線器具(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																									
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		円		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															
	令和 年 月 日														住所																	
	免許登録番号 _____														氏名		あん摩マッサージ指圧師 _____															
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																									

※ 記号番号が不明な場合は、国のマイナポータルより確認してください。

【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本(自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの)
「医師の同意書」原本 (同意内容について医師に照会することがあります。)

- 1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。
- 初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- 記載した数字等を訂正する場合は、訂正箇所を二重線を引き、訂正印を押印すること。