

3枚中1枚目

別添2 (別紙4の2)

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格に係る記号番号						○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			
							年 月 日					
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)						続 柄	○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 ( ) )						
明・大・昭・平・令 年 月 日生						○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、被保険者の住所地と異なる場合に記載)						

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 ( )

年 月分

別添2 (別紙4の2)

被保険者資格に係る記号番号 ( )

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														
	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																									
		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		月																															
○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 ( ) )																																	

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分  
 被保険者資格に係る記号番号 ( )

別添2 (別紙4の2)

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。 令和 年 月 日		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	
	免許登録番号 _____	あん摩マッサージ指圧師	住所 氏名	電話	
申請欄	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。 令和 年 月 日		〒 -		
	申請者 (被保険者) 殿		住所 氏名	電話	
支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫 農協	支店 出張所
	<input type="checkbox"/> 口座名義 カタカナで記入	口座番号			郵便局
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		

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
申請者 (被保険者)	住所 氏名 _____	
代理人	住所 氏名 _____	

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。