

療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

給付割合	7割
	8割
	9割

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
			年 月 日			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男 ・ 女	1. 本人	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		
2. 配偶者			○業務上・外、第三者行為の有無			
	年 月 日生	4. その他 ( )				

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・ 年 月 日～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
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円	摘 要
		右上肢	円×	回＝	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入
		左上肢	円×	回＝	円	施術者氏名
		右下肢	円×	回＝	円	施術日 . . . 日
		左下肢	円×	回＝	円	
	変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日
	温 電 法	円×	回＝	円		
	温電法・電気光線器具	円×	回＝	円		
	往療料 4 km まで	円×	回＝	円		
	往療料 4 km 超	円×	回＝	円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回＝	円		往療を必要とした理由
合 計			円			
一 部 負 担 金			円			
請 求 金 額			円			
施術日 通院○ 往療◎	月	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				

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		所在地		
	免許登録番号		施術所名		
	あん摩マッサージ指圧師		施術管理者名 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。				
	年 月 日 千 一				
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店 農協 出張所
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日
					年 月 日
					傷 病 名
					要加療期間

※裏面に記入にあたっての注意事項があります。  
確認の上ご記入ください。

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・ 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- ☐ 医師の同意書（原本）                      ☐ 施術報告書（写し）                      ☐ 往療状況確認表
- ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書