

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 ( ) )
						○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）
明・大・昭・平・令 年 月 日生						

受付印

※別紙により施術内容欄を提出される場合も  
この2枚目は必ず提出してください

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																					
									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	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	
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（ ） ）																																		

3 枚中 3 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 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			住 所				
	免許登録番号			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		
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								
被保険者 (申請者)			住所 氏名			被保険者（申請者）と 受取代理人との関係		
委任された 受取代理人 (事業主等)			住所 氏名					
窓口受領者			上記金額正に受領いたしました。					

- 必須添付書類
- ☐ 領収書（原本）  
☐ 施術内容証明書（施術内容欄に記入のないときのみ）  
☐ 医師の同意書