

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者 療養費支給申請書 (あんま、マッサージ、指圧用)
被扶養者

① 被保険者証の記号・番号	記号		②被保険者の氏名	氏名	
	番号			生年月日	昭和・平成 年 月 日
③ 被保険者の現住所		〒 - 電話 ()			
④ 事業所名称					
⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下の欄に氏名、生年月日、続柄を記入してください。					
氏名		生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
⑥ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		⑦ 発病または負傷年月日		年	月 日
⑧ 発病・負傷の原因および経過					
⑨ 第三者によるものですか		はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。			
⑩ 業務中に発生したものですか		はい ・ いいえ			
⑪ 施術を受けた施術所		名称	所在地		
⑫ 施術を受けた日 (○をつけて下さい)		年月	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 【 日間】 ※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。		
⑬ 再同意方法 (同意書がない場合)		チエック	<input type="checkbox"/> 受療者 ・電話(月 日) ※日付記入 <input type="checkbox"/> 家族 ・診察日に口頭(月 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> あんま ・電話(月 日) ※日付記入 <input type="checkbox"/> マッサージ ・文書(月 日)で同意を得た。 <input type="checkbox"/> 指圧師		
※ 同意医師へ確認させていただく場合もありますので、正確にご記入ください。					

記に金額し任の受領するをさと事さき業いに所	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者(請求者) 氏名 _____
	委任された者の 事業所名称 事業所所在地 受任者氏名 _____

施術内容証明書 (あんま、マッサージ、指圧用)

(令和 年 月分)

① 被保険者の記号・番号	記号		②受療者の氏名	氏名		本人					
	番号			生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	家族					
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分						
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続						
傷病名				転帰							
				継続・治癒 中止・転医							
				適用							
マッサージ		軀幹	円× 回=	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名						
		右上肢	円× 回=	円							
		左上肢	円× 回=	円							
		右下肢	円× 回=	円							
		左下肢	円× 回=	円							
変形徒手矯正術		円× 肢× 回=		円							
温罨法		円× 回=		円	施術日 . . . 日						
温罨法 電気光線器具		円× 回=		円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日						
往療料 2kmまで		円× 回=		円							
加算 (km)		円× 回=		円	往療を必要とした理由						
合計		円× 回=		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									
④ 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 施設の所在地 あんま マッサージ 指圧師 名称 氏名 電話 あんま マッサージ 指圧師 免許登録番号 ()											
⑤ 同意記録											
同意医師名		住所		同意年月日		傷病名 要加療期間					
				年 月 日							
再同意医師名		住所		同意年月日		傷病名 要加療期間					
				年 月 日							

【添付書類】 ①領収書(原本) ②医師の同意書(原本) ③施術報告書の写し(再同意時)
 ④往療状況確認表(往療時) ⑤1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当時)
 (医師の同意書は、初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。有効期限後の施術分には、医師の再同意書を添付してください。ただし、変形徒手矯正術は1カ月毎に同意書が必要です。)

【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防、慰安を目的とした施術は支給対象にはなりません。