

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

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		

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	日間			

被保険者
被扶養者
療養費支給申請書 (あんま、マッサージ、指圧用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	記号	②被保険者の	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)	チェック	<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"/> あん摩	・電話(月 日)		※日付記入					
		<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 指圧師	・文書(月 日)で同意を得た。							
※ 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 入委額 し任の 受領を する受 領を だと事 業に所	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 (あん摩、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		本人						
	番号			生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日	家族					
③ 施術内容欄 あんま・マッサー ジ師、指圧師記入欄	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・治療 中止・転医						
	マッサージ		軀幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円 右下肢 円× 回= 円 左下肢 円× 回= 円	適用			※施術管理者以外が施術した 場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日 _____ ※往療を必要とした場合に記入 往療日 日 _____ 往療を必要とした理由 _____					
	変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 = 円									
	温 罨 法		円 × 回 = 円									
	温 罨 法 電気光線器具		円 × 回 = 円									
	往療料 2kmまで		円 × 回 = 円									
	加 算 (km)		円 × 回 = 円									
			円 × 回 = 円									
	合 計		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 あん摩 マッサージ 指圧師 名 称 氏 名 電 話 _____ あん摩 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】 ◎領収書(原本) ◎医師の同意書(原本) ◎施術報告書の写し(再同意時)
 ◎往療状況確認表(往療時) ◎1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。