**療養費支給申請書　　(あん摩・マッサージ・指圧用)　　　　　　　　　　　　施　術　内　容　証　明　書　（あん摩・マッサージ・指圧用）**

**被保険者**

**家　　族**

令和　　　　年　　　　月　　　　日提出　　　　　　　　　　　　　　(令和　　　年　　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| あん摩・マッサージ・指圧師記入欄 | 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 | 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 | |
| マッサージ | | | | | 躯　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 | | | | | | | | 摘　要 | |
|  | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | 同意医師氏名 | | | | 住　　　　　所 | | | | | 同意年月日 | | 傷　病　名 | 要　加　療　期　間 | | |
|  | | | |  | | | | | 年 　月　 日 | |  |  | | |
| 再同意医師氏名 | | | | 住　　　　　所 | | | | | 同意年月日 | | 傷　病　名 | 要　加　療　期　間 | | |
|  | | | |  | | | | | 年 　月　 日 | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  氏名  生年月日 | | | | |  | | | | | | | 印 |
| 番号 | | | |  | | | | | 生年月日 | 昭和・平成・令和  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、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 昭和・昭和・平成・令和  　　　　　　　　　　　年 　　 月　　日 | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 |  | |
| ⑥ | 傷　病　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ⑦発病又は  負傷年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| ⑧ | 発病又は負傷  の原因  (詳細に記入) | | | | | い　　　つ・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ど　こ　で・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| どのように・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （〇を付けてください） | | | | | | | | | | 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  無い場合) | | | □受療者  □家　族 | | | | | | | | | | | | ・電話（　　年　　　　月　　　　日）  ・診察日に口頭（　　　年　　　月　　日）で同意を得た。 | | | | | | | | | | | | | |
| □あん摩  □マッサージ  □指圧師 | | | | | | | | | | | | ・電話（　　年　　　　月　　　　日）  ・文書（　　年　　　　月　　　　日）で同意を得た。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※　同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  払渡し希望銀行の口座 | | |  | | | | | | | | 預金の種類 | | 普通  当座 | | | 口座  番号 | | | |  | | | | | | 口座名義人氏名（被保険者） | | | | |
| 信用組合  信用金庫  銀 行 | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
|  | | | | | | | | 氏名 |  | | | |
| 本　　店  支　　店 | | | | | | | |

被保険者のマイナンバー記載欄

（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　被保険者(申請者)  氏　名  　　　　　　　　　　（〒　　　-　　　　）　　℡　　　　（　　　　）  委任された者の  住所・電話番号  （フリガナ）  氏　　名  被保険者との関係 |

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。　➜

　　　　　　　　　【添付書類】　**●**領収書(原本)　　**●**医師の同意書(原本)

　　　　　　　　　　　　　（初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。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。但し、変形徒手矯正術は

１か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

のマッサージ等は支給対象にはなりません。