**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)

令和６年１２月更新

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| あん摩・マッサージ・指圧師記入欄 | ① | 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 | 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

（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　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【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。