

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行う為、事業主経由で提出、支払をしていただくこととしています。また、関連書類を返送する場合も事業主経由となります。

◎領収書（原本）と医師の同意書（初回は原本、期限内は写しで可）を必ず添付してください。同意書の有効期限は最長6か月です。

◎①～⑬欄は被保険者が、⑦～⑨は事業所が記入してください。施術者記入欄は、施術をうけたところで記載をうけてください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等記号・番号		③被保険者氏名		④事業所名称																												
	①	②																															
	⑤受療者氏名		⑥生年月日 昭・平・令 年 月 日 (歳[満年齢])		⑦続柄																												
	⑧傷病名		⑨発病 または 負傷年月日 年 月 日		⑩傷病の原因及びその経過 【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい ・ いいえ) 【経過】																												
	⑪施術期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 内実日数 日間																																
	⑫施術に要した費用 円		⑬施術した場所(施設などに入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																														
施 術 内 容 記 入 欄	初療年月日 年 月 日		施術期間 自： 年 月 日 ～ 至： 年 月 日		実日数 日	請求区分 新規・継続																											
	傷病名及び症状																																
	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	転 帰 継続・治癒 中止・転医																								
	通所 (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円		摘 要																								
	訪問施術料 1 (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	訪問施術料 2 (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	訪問施術料 3 (3人～9人) (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	訪問施術料 4 (10人～19人) (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	訪問施術料 5 (20人以上) (月16回以降の施術に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	温 電 法 (加算) (月16回以降の施術における加算に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	温電法・電気光線器具 (加算) (月16回以降の施術における加算に係る50%通減)		円×		回＝		円																										
	変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併設は不可		同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																										
	(月16回以降の施術における加算に係る50%通減)		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																										
	明 細 書 発 行 加 算		円×		回＝		円																										
	合 計						円																										
	※集中度90%以上の施設等入居者(80%通減対象)【該当の場合○】		通減後合計額				円																										
	一部負担金(1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)						円																										
請 求 額						円																											
施術日	訪問1①	訪問4④	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	訪問5⑤																															
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が困難 2. 認知症や資格、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他(																																	
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		〒 - 住所(所在地)		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																								
	免許登録番号		施術所名		あん摩マッサージ指圧師 氏 名		電 話																										
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所				同意年月日																										
	傷 病 名		要加療期間		同意書有効期限		摘 要																										

※⑦～⑨欄は事業所が記入してください。

振 込 口 座	⑦銀行等に振込みを希望する場合		⑧口座預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		⑨預金口座名義人氏名	
	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	⑩預金口座番号			

※在職中の方へ

↑事業所への受領委任をお願いしております。事業所にて被委任者指定口座をご記入ください。
↓受取代理人欄に記入してください。

受 取 代 理 人 欄	⑪本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。 被保険者(申請者) 令和 年 月 日 住所 氏名		⑫代理人氏名		⑬被保険者(申請者)との関係	
			⑭代理人住所・電話番号			
			電話 ()			