

※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、支払をしていただきます。また、関連書類を返送する場合があります。

◎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、⑦～⑩は事業所が記入してください。施術者記入欄は、施術をうけたと同意する場所を記入してください。

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傷病の原因及びその経過																															
施 術 者 記 入 欄	⑩発病または負傷年月日		【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)																															
	年 月 日		【経過】																															
	⑪施術期間		⑫施術に要した費用																															
	自: 年 月 日		内実日数		日間																													
	至: 年 月 日		円																															
	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																												
	年 月 日		自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日		日	新規・継続																												
	傷病名及び症状																																	
	マッサージ(施術料)																																	
			同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	転帰																									
		施術回数	回	回	回	回	回	継続・治癒 中止・転医																										
通所		円×		回=		円		摘要																										
訪問施術料 1		円×		回=		円																												
訪問施術料 2		円×		回=		円																												
訪問施術料 3 (3人~9人)		円×		回=		円																												
訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																												
温罨法 (加算)		円×		回=		円																												
温罨法・電気光線器具 (加算)		円×		回=		円																												
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併設は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
		施術回数	回	回	回	回																												
		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																												
合計						円																												
施術日	通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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
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困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ))																																		
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		千 -		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																								
令和 年 月 日		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																												

※⑦～⑩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		⑪口座預金種別		⑫預金口座名義人氏名	
	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所 農協		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
			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	⑬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。		令和 年 月 日		⑭代理人氏名		⑮被保険者(申請者)との関係	
	被保険者(申請者)住所				⑯代理人住所・電話番号			
	氏名				電話 ( )			