

被 保 険 者 情 報	被保険者等	記号	番号	マイナンバー（被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください）										
	氏 名	(フリガナ)												
		(押印不要)		生年月日	昭・平	年	月	日						
	住 所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)		()					提出委任 ☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()				
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号					
		口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人					
	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)						

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所					
			氏名	被保険者との関係()				

申 請 内 容	施術された方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ				
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()	
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令	年	月	日	
	発病又は負傷の 原因及びその経過	原因							
		経過							
	施術を受けた施術所	名称		施術者氏名					
		所在地		施術に要した費用		円			
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)							
	同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			
	同意医師								
再同意医師									

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

あん摩
マッサー
ジ指圧
師記入欄

患者氏名																																																																																																	
傷病名 及び症状																																																																																																	
初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	☐ 新規 ☐ 継続		転帰	☐ 治癒 ☐ 中止																																																																																								
施術期間	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																																																																																				
施術 内容	施術 料	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）																																																																																			
					施術回数	回		回		回		回		回																																																																																			
		通 所					円 ×		回 =				円																																																																																				
		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） ※ 温罨法との併給は不可			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）																																																																																																	
<table><tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		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																																
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 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 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 ☐ その他（ ）																																																																																																	
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																																																																																																	
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																																																																																																	
あん摩マッサージ指圧師																																																																																																	
住 所																																																																																																	
氏 名																																																																																																	
電話番号 （ ）																																																																																																	
保健所登録区分（ ☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者住所地） 免許登録番号（ ）																																																																																																	

【 必要な添付書類 】

- ①「領収書(原本)」(金額、患者名、施術日、施術者名の記載、領収印のあるもの)
- ②「医師の施術同意書(原本)」
同意期間内において2回目以降の申請については、省略または写しの添付で差し支えありません。
初療日から6か月を経過した時点で、更に療養を受ける場合は、再度医師の診察を受け施術同意(再同意)を受けることが必要です。
- ③「施術報告書(写し)」
施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを添付してください。
- ④「往療状況確認書」(別紙)
往療による施術を受けた場合は、施術者が作成した「往療状況確認書」を添付してください。