

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号・番号		—										事業所名称																			
	被保険者氏名 (自署)		フリガナ										住所																			
	療養を受けた者の氏名												生年月日	昭・平・令 年 月 日										続								
	傷病名												発病又は負傷年月日		令和 年 月 日																	
	発病の原因及び経過												業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																			
	施術した場所（入居施設等、保険証住所地とは異なる場合記載）																															
	被保険者 振込先口座	預金の種類 1. 普通		金融機関名										銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所																
		口座番号												口座名義 カナ																		
		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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																												
	同意記録	同意医師の氏名		住所										同意年月日		傷病名		要加療期間														
													年 月 日																			

あんま・マッサージ・指圧師が記入するところ	施術内容欄	初療年月日 年 月 日	施術期間	自・ 年 月 日		実日数		請求区分																							
				至・ 年 月 日		日		新規・継続																							
				傷病名または症状				転帰 継続・治癒・中止・転医																							
		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 (3～9 人)	円 × 回 = 円				訪問施術料 3 (10 人以上)		円 × 回 = 円																					
			温電法（加算）	円 × 回 = 円				温電法・電気光線器具(加算)		円 × 回 = 円																					
			変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可	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																										
費 用 額 計		円																													
施術日	通院○・往療◎・訪問1①・訪問2②・訪問3③																														
	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
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。																	保健所登録区分													
	令和 年 月 日																	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地													
	住所 氏名 電話番号																	免許登録番号													

上記のとおり申請いたします。

提出日： 令和 年 月 日

【添付書類】 ●領収書(原本)
●初めて治療を受ける場合は、医師の同意書(原本)
※初療日または医師の同意日から6ヶ月経過した時点において更に施術を受ける場合は医師の再同意が必要です。
【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません)

受付年月日