

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（令和〇年〇月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者が記入するところ	被保険者資格の記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	発病又は負傷年月日 令和〇年 〇月 〇日	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 脳出血による筋麻痺。脳出血による後遺症。右半身麻痺により歩行困難。
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		続柄 1. 本人 2. 家族（ ）
	振込希望銀行 ※被保険者の口座を記入すること	〇〇銀行 〇〇支店		（フリガナ） ケンボ タロウ
		（普通）当座No. 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義人 健保 太郎
	以下の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 円 〇〇〇-〇〇〇〇 令和 〇年 〇月 〇日			
	住所 東京都〇〇〇 〇-〇-〇			
被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 健保 太郎				

あんま師・マッサージ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・令和 年 月 日		至・令和 年 月 日		実日数	日	請求区分	新規	継続													
		傷病名及び症状																		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）		摘 要																	
			施術回数	回		回		回		回		回																				
			通所	円 ×		回 =		円																								
			（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																								
			訪問施術料 1	円 ×		回 =		円																								
			（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																								
			訪問施術料 2	円 ×		回 =		円																								
			（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																								
			訪問施術料 3（1人～9人）	円 ×		回 =		円																								
			（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																								
			訪問施術料 4（10人～19人）	円 ×		回 =		円																								
			（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																								
訪問施術料 5（20人以上）	円 ×		回 =		円																											
（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																											
温罨法（加算）	円 ×		回 =		円																											
（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																											
温罨法・電気光線器具（加算）	円 ×		回 =		円																											
（月16回以降の施術に係る50%通減）	円 × 0.5 ×		回 =		円																											
変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	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																										
（月16回以降の施術に係る50%通減）		円 × 0.5 ×		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																														
※集中率90%以上の施設等入居者（80%通減対象）【該当の場合〇】								通減後合計額						円																		
施術日	訪問1①	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
	訪問2②																															
	通所③																															
	訪問4④																															
	往療⑤																															
〇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（ ））																																
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		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																住所		氏 名 電話													
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											
																	令和 年 月 日															