

療 養 費 支 給 申 請 書 ( 年 月 分 )

|                                        |                        |        |        |  |                                          |                              |                     |  |  |
|----------------------------------------|------------------------|--------|--------|--|------------------------------------------|------------------------------|---------------------|--|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄                          | 被保険者 記号－番号             |        | 被保険者氏名 |  | 発病又は負傷年月日                                |                              | 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 |  |  |
|                                        | —                      |        |        |  | 年 月 日                                    |                              |                     |  |  |
|                                        | 療 養 を<br>受けた者<br>の 氏 名 | (フリガナ) |        |  | 続 柄                                      | 業務上・外、第三者行為の有無               |                     |  |  |
|                                        |                        | 男・女    |        |  | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他<br>( ) | (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( )) |                     |  |  |
| 施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載) |                        |        |        |  |                                          |                              |                     |  |  |
|                                        |                        | 年 月 日生 |        |  |                                          |                              |                     |  |  |

|                                    |           |                             |               |              |            |            |            |            |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------|-----------|-----------------------------|---------------|--------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 施 術 内 容 欄                          | 初 療 年 月 日 |                             | 施 術 期 間       |              |            |            | 実日数        |            | 請 求 区 分     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    | 年 月 日     |                             | 年 月 日 ～ 年 月 日 |              |            |            | 日          |            | 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<br>施術回数 | (軀幹)<br>回  | (右上肢)<br>回 | (左上肢)<br>回 | (右下肢)<br>回 | (左下肢)<br>回  | 摘 要 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 通 所                         |               | 円×           |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%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%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%減)          |               | 円×0.5×       |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 訪問施術料 3 (3人～9人)             |               | 円×           |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術に係る50%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%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%減)          |               | 円×0.5×       |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 温 電 法 (加 算)                 |               | 円×           |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術における加算に係る50%減)    |               | 円×0.5×       |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 温電法・電気光線器具 (加 算)            |               | 円×           |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術における加算に係る50%減)    |               | 円×0.5×       |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | 変形徒手矯正術 (加算)<br>※温電法との併施は不可 |               | 同意部位<br>施術回数 | (右上肢)<br>回 | (左上肢)<br>回 | (右下肢)<br>回 | (左下肢)<br>回 |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           |                             |               | 円×           |            | 回＝         |            | 円          |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    |           | (月16回以降の施術における加算に係る50%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%減対象) 【該当の場合○】 |           |                             |               | 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      | 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      |                             |               |              |            |            |            |            |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療◎                                | 訪問3③      |                             |               |              |            |            |            |            |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    | 訪問4④      |                             |               |              |            |            |            |            |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                    | 訪問5⑤      |                             |               |              |            |            |            |            |             |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

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 |     |  |
|           | 年 月 日                    |  | 〒           |     | —                       |     |  |
|           | 免許登録番号                   |  | あん摩マッサージ指圧師 |     | 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 |  |
|         |         |  |     |  | 年 月 日     |  |       |  |       |  |

|                          |  |  |  |                   |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|
| 委 任 状                    |  |  |  | 領 収 書             |  |  |  |
| 上記請求金額の受領を 年に 月 日 に委任する。 |  |  |  | 上記請求金額正に領収いたしました。 |  |  |  |
| 被保険者氏名                   |  |  |  | 被保険者氏名            |  |  |  |

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

|                          |                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 確認欄                      | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |
| <input type="checkbox"/> |                                                                                             |

<注意事項>

- ①暦月ごとに一枚の申請書に記入して下さい。  
②「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼して下さい。  
③該当する場合は添付  
□医師の同意書 (原本) □施術報告書 (写し) □往療内訳表 □一年以上・月十六回以上施術継続理由・状態記入書  
④施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付して下さい。  
⑤「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入して下さい。
- |      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |