

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号 ※		被保険者(申請者)の氏名・印			生年月日		
	—		ツカガナ			昭和 平成 年 月 日		
	住所					連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
	〒 —							
	事業所	名称			所在地			
		〒 —						
	受診者	1. 被保険者(本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日		
		2. 被扶養者(家族)				昭和 平成 令和 年 月 日		
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日		
	発病の原因および 経過(詳しく)	原因						
経過		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ						
施術を受けた 施術所の	名称		所在地			施術者氏名		
施術期間 (支給期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日数	日間			
施術に要した 費用の額	円							
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								

※添付書類については、HPをご覧ください。

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	ツカガナ	口座名義 (請求者名義のみ)
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.		

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			記入日	年 月 日
		住所				受 付 印
	氏名					
	代理人	住所				
氏名						

あん摩マッサージ指圧師記入欄	患者氏名	フリガナ																														
	傷病名																															
	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																					
	施術期間	令和	年	月	日から	実日数		日	摘要																							
		令和	年	月	日まで																											
	施術内容	マッサージ（施術料）	同意部位	(躯幹)	(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	
施術月 月		施術日（通所○ 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	
往療又は訪問の理由 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 記入日 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（ <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者所在地） 免許登録番号（ ）																																