

※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		
	123 — 4567		㊦ 港 健太		昭和 47 年 7 月 18 日 平成		
	住所 〒 140 — 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405				連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号 090-1234-5678		
	事業所	名称 芝浦港運株式会社		所在地 〒 108 — 0023 東京都港区芝浦1-23-45			
		受診者 1. 被保険者（本人） 2. 被扶養者（家族）		被扶養者（家族）の場合はその方の氏名		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
	傷病名 くも膜下出血		発病または 負傷年月日		平成 29 年 8 月 頃 日 令和		
	発病の原因および 経過（詳しく）		原因 日常生活における疲労の積み重ね 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 〇〇治療院		所在地 〒140-0002 東京都品川区東品川6-7-8		施術者氏名 △△ △△
	施術期間 (支給期間)		令和 6 年 10 月 3 日 ~ 令和 6 年 10 月 28 日				日数 3 日間
	施術に要した 費用の額		6,750 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		田町 源	〒108-0023 東京都港区芝浦9-8-7	R6.9.10	くも膜下出血	R6.9.10~ R7.2.28	
再同意医師							

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

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 6 年 11 月 1 日
	代理人	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太			受付印
		住所 東京都港区芝浦1-23-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介			

※添付書類については、HPをご覧ください。

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		☐ 新規 ☐ 継続		転帰		☐ 治癒 ☐ 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																											
			マッサージ（施術料）				同意部位 施術回数		（躯幹） 回		（右上肢） 回		（左上肢） 回		（右下肢） 回		（左下肢） 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 施術回数		（右上肢） 回		（左上肢） 回		（右下肢） 回		（左下肢） 回																		
			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 ☐ 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。 記入日 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 住所 氏名 印 電話番号（ ） 保健所登録区分（ ☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者所在地） 免許登録番号（ ）																															