

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|---------|-----------------------|-------------|-------|------|----------------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--|-----|-------------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                                                           | ○被保険者資格の記号番号               |                          |        |  |  |  |  |  |  |         | ○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                 |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      | 続 柄                        |       | ○業務上・外、第三者行為の有無 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名  |                          | (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |         | 男<br>・<br>女           |             |       |      | ( 1. 私傷病 2. 業務上 3. 第三者行為 ) |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| ○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に記載）                                         |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            | 明・大・昭・平・令 年 月 日生         |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄                                                           | 初 療 年 月 日                  |                          |        |  |  |  |  |  |  |         | 施 術 期 間               |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     | 実日数       |       |  |     | 請 求 区 分     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 | ( ) 年 月 日                  |                          |        |  |  |  |  |  |  |         | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     | 日         |       |  |     | 新 規 ・ 継 続   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 | 傷病名及び症状                    |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     | 日         |       |  |     | 転 帰         |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     | 継続・治療・中止・転医 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 | 施<br>術<br>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%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                  |             | (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○】                                                |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  | 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    |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  | 訪問3③    |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  | 訪問4④    |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| 往療◎                                                                             |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  | 訪問5⑤    |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| 月                                                                               |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| ○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<br>術<br>証<br>明<br>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                   |                          |        |  |  |  |  |  |  |         | 〒                     |             |       |      | 住 所                        |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 | 免許登録番号                     |                          |        |  |  |  |  |  |  |         | あん摩マッサージ指圧師           |             |       |      | 氏 名 電話                     |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
|                                                                                 |                            |                          |        |  |  |  |  |  |  |         |                       |             |       |      |                            |       |                 |       |       |                                                                                     |           |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |
| 同<br>意<br>記<br>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  |       |  |     |             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |