

新

|                       |           |     |                   |     |             |         |                      |       |     |     |           |     |
|-----------------------|-----------|-----|-------------------|-----|-------------|---------|----------------------|-------|-----|-----|-----------|-----|
| 保<br>決<br>手<br>続<br>欄 | 裁<br>決    |     |                   |     |             |         | 申請年月日                |       |     |     |           |     |
|                       | 続<br>続    |     |                   |     |             |         | 決裁年月日                |       |     |     |           |     |
|                       | 保 険 者 番 号 |     | 支 給 申 請 書 整 理 番 号 |     |             |         | 療 養 区 分              | 資 格   | 特 定 | 給 付 | 一 部 負 担 金 |     |
|                       |           |     |                   |     |             |         |                      |       |     |     | 減 額       | 減 免 |
|                       | 法 制 番 号   |     | 区 分               |     |             |         | あ ん ま ・<br>マ ッ サ ー ジ | 証 明 書 | 疾 患 | 割 合 | 認 定 証     | 減 免 |
| 一 般                   | 退 職       | 本 人 | 家 族               | 6 歳 | 高 (一 定 以 上) | 高 (一 般) |                      |       |     |     | 1         | 1   |
| 75                    |           | 67  | 1                 | 2   | 3           | 7       | 9                    | 4     | 1   | 1   | 2         |     |

国民健康保険療養費支給申請書 (あんま・マッサージ) ( 月分、第 回 )

|                       |           |           |                 |                             |       |                  |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------------------------|-------|------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 被保険者証記号番号 | 個人番号      | 療養を受けた者の氏名      | 性 別                         | 生年月日  | 続柄               |
|                       |           |           |                 |                             | 男 ・ 女 | 昭 平 令<br>年 月 日 生 |
|                       | 傷 病 名     | 発病又は負傷年月日 | 発病又は負傷の原因及びその経過 | 業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無 |       |                  |

|                       |           |                   |       |           |           |
|-----------------------|-----------|-------------------|-------|-----------|-----------|
| 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   | 転 帰       |
|                       | 年 月 日     | 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 | 日     | 新 規 ・ 継 続 | 治 癒 ・ 中 止 |

|                       |            |            |      |     |   |       |
|-----------------------|------------|------------|------|-----|---|-------|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 傷病名又は症状    | 左記傷病の初診年月日 |      |     |   |       |
|                       |            |            |      |     |   | 年 月 日 |
|                       | マッサージ      | 円 ×        | 局所 × | 回 = | 円 | 摘 要   |
|                       | 変形徒手矯正術    | 円 ×        | 回 =  | 円   |   |       |
|                       | 温 罨 法      | 円 ×        | 回 =  | 円   |   |       |
|                       | 温罨法・電気光線器具 | 円 ×        | 回 =  | 円   |   |       |
|                       | 往 療 料      | 円 ×        | 回 =  | 円   |   |       |
| 加 算 ( km )            | 円 ×        | 回 =        | 円    |     |   |       |
| 合 計                   | 円          |            |      |     |   |       |

|     |   |
|-----|---|
| 施術日 | 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 |
|-----|---|

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

令和 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

あん摩マッサージ指圧師 氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

上記のとおり療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日 住 所 \_\_\_\_\_

世帯主 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 電話( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 長 様 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

|                       |        |             |                          |            |              |         |
|-----------------------|--------|-------------|--------------------------|------------|--------------|---------|
| 支<br>払<br>方<br>法<br>欄 | 1 現金   | 振<br>込<br>先 | 銀 行<br>信 金<br>信 組<br>農 協 | 支 店<br>支 所 | 金 融 機 関 コー ド |         |
|                       | 2 口座振込 |             |                          |            | 種 別          | 口 座 番 号 |
|                       |        |             |                          | 1 普 通      |              |         |
|                       |        |             |                          | 2 当 座      |              |         |

|                       |          |     |           |       |           |
|-----------------------|----------|-----|-----------|-------|-----------|
| 同<br>意<br>記<br>録<br>欄 | 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     |       |           |
|                       | 再同意医師の氏名 | 住 所 | 同 意 年 月 日 | 傷 病 名 | 要 加 療 期 間 |
|                       |          |     |           | 年 月 日 |           |

|             |             |                  |                   |   |
|-------------|-------------|------------------|-------------------|---|
| 備<br>考<br>欄 | 決<br>定<br>欄 | 費 用 額            |                   | 円 |
|             |             | 負<br>担<br>区<br>分 | 支 給 決 定 額         |   |
|             |             |                  | ( 保 険 者 負 担 額 ) 1 |   |
|             |             |                  | 一 部 負 担 金 2       |   |
|             |             | 他 法              | 他 法 優 先 3         |   |
|             |             | 負 担 分            | 国 保 優 先 4         |   |

記入上の注意

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入して下さい。
- 初療の日から6か月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。