

保 險 者 欄	決 裁						申請年月日					
	手 続 欄						決裁年月日					
	保 険 者 番 号		支 給 申 請 書 整 理 番 号					療 養 区 分	特 別 特 定 給 付	一 部 負 担 金		
										あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ	療 養 疾 患 割 合	減 額
	法 制 番 号		区 分					マ ッ サ ー ジ	療 養 疾 患 割 合			認 定 証
一般	退職	本人	家族	未就学	高(一定以上)	高(一般)	1			1	1	1 2
75	67	1	2	3	7	9	4	1	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 保 険 者 欄	被保険者記号・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 年 月 日 生		
施 術 内 容 欄	傷病名、発症又は 負傷の原因及びその経過	発病又は負傷年月日	施術した場所(入居施設や住所地特例等、 保険証住所と異なる場合に記載)	業務上・外、第三者行為の有無			
				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
施 術 内 容 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 術 内 容 欄	傷病名及び症状		発病又は負傷年月日	左記傷病の初診年月日			
			年 月 日	年 月 日			
施 術 内 容 欄	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
	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	
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					
施術日訪問①		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②							
往療◎訪問③		月					
○往療又は訪問の理由( 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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。						
	令和 年 月 日	住所					
申 請 欄	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。						
同 意 記 録 欄	令和 年 月 日	住所					
	長 様	世帯主 氏 名		電話( )			
支 払 方 法 欄	1 現金	振 込 先	銀行 信金 信組 農協	支 店 支 所	金融機関コード	口座番号	口座名義人(カタカナで記入)
	2 口座振込				種 別		
同 意 記 録 欄	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間		
	再同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間		
備 考 欄	決 定 欄	費 用 額		円			
		負 担 区 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。