

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 (本 人) 記 入 欄	被保険者証等の記号番号		フリガナ			事業 所名			
			被保険者 氏 名						
	被扶養者の 申請の場合 その者の氏名	フリガナ	男 ・ 女	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日生
	傷 病 名				傷病又は 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日
	発症又は負傷の原因及びその経過							受 付	
業務上・外、第三者行為の有無		1.業務上 2.第三者行為 3.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)									
振 込 先	銀 行 名	銀行		支 店	口座区分	普通 ・ 当座			
	口座名義 (被保険者)			口座番号					
申 請 欄	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 〒	-		電 話					
	氏 名						玩具人形健康保険組合理事長 殿		
	(被保険者)								

あ ん ま マ ッ サ ジ 指 圧 師 記 入 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間														実日数	請 求 区 分															
	平成 令和	年	月	日	自：令和 年 月 日 ～ 至：令和 年 月 日														日	新 規 ・ 継 続												
	傷 病 名 又 は 症 状																転 帰 継続・治癒・中止・転医															
	マ ッ サ 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																										
	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 罎 法 (加算)	円 ×		回 =		円																										
	温罎法・電気光線器具(加算)	円 ×		回 =		円																										
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可	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																											
費 用 総 合 計					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																															
往 療	訪問3③																															
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 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。														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														所在地 〒	-																
	免許登録番号														電 話																	
														あんまマッサージ指圧師 氏 名		玩具人形健康保険組合理事長 殿																
同 意 記 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																			

※1ヶ月ごと記入してください。

添付書類：領収書原本/医師の同意書原本(同意日より6ヶ月有効です。有効期限後は再同意書原本を添付してください。)

(R6.10)

同意書

(あん摩・マッサージ指圧療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	令和 年 月 日	
症 状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩 ・ 右肘 ・ 右手首 ・ 右股関節 ・ 右膝 ・ 右足首 その他 左肩 ・ 左肘 ・ 左手首 ・ 左股関節 ・ 左膝 ・ 左足首 ()
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)
施術の種類 施術部位	マッサージ	(軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢)
	変形徒手矯正術	(右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢)
訪問又は往療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	訪問又は往療を必要とする理由 ※介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	施術に当たつて注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のため医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>玩具人形健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保 險 医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 險 医 氏 名</p>		

※保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。