

- ・申請書は1か月毎に作成し、**施術毎の領収書(原本)**を添付してください。
- ・初回申請時は**医師の同意書(原本)**を添付してください。
- ・同意書による支給可能期間超過後の申請については、再度、同意書(要、医師の診察)をご提出ください。
- ・あんま、マッサージへの療養費は、「**筋麻痺、関節拘縮等により、医療上マッサージが必要であると認められた場合**」のみ、**支給対象**となります。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

記入例

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名(傷病名)	
	記号	番	日	症又は負傷の原因及びその経過		
	施術を受けた方の氏名			○業務上・外、第三者行為の有無		
	昭・平	年	月	日生	4.その他 () 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	

被保険者記入欄

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分						
	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 ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日					
		右上肢	円×	回=	円						
		左上肢	円×	回=	円						
		右下肢	円×	回=	円						
		左下肢	円×	回=	円						
	変形徒手矯正	=	=	=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日					
	温 罨	=	=	=	円						
温罨法・電気光線器	=	=	=	円							
往療料 4kmまで	円×	回=	円	往療を必要とした理由 _____							
往療料 4km超	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 通院○ 往療◎	月	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									

施術者記入欄

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	あん摩マッサージ指圧師		施術所名	
			施術者名		☎ 電話

申 請 欄	上記の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	被保険者記入欄		所 名
支 払 機 関 欄	銀行		本店	預金の種類
	振込先は、被保険者本人の口座を指定してください。			
	口座名義(カタカナ) ※被保険者名義のもの	口座番号	_____	

被保険者記入欄

施術者記入欄

同 意 記 録	同意医師の氏名	年月日	傷病名	要加療期間
		月 日		