# 療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

| 被保険者欄 | | | |
|---|---|---|---|
| ○被保険者等記号・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 | | |
| 療養を受けた者の氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>男・女<br>昭・平・令　年　月　日生 | 続柄 | ○業務上・外、第三者行為の有無<br>1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）<br>○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） |

| 施術内容欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 | |
| 平・令　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 | | | 転帰<br>継続・治癒・中止・転医 | |

| 施術料 | | | | | | | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| マッサージ（施術料） | 同意部位 | （躯幹） | （右上肢） | （左上肢） | （右下肢） | （左下肢） | |
| | 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 | | | | |
| 温罨法（加算） | 円× | 回＝ | 円 | | | | |
| 温罨法・電気光線器具（加算） | 円× | 回＝ | 円 | | | | |
| 変形徒手矯正術（加算）<br>※温罨法との併施は不可 | 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 | | | | |
| 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1① | 訪問2② | 訪問3③ | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療◎ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○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。<br>令和　年　月　日 | 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 |
| 免許登録番号 | 〒　－<br>住所<br>あん摩マッサージ指圧師<br>氏名 | 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。<br>令和　年　月　日<br>東京都歯科健康保険組合理事長　殿 | 〒　－<br>申請者（被保険者）<br>住所<br>氏名　電話 |

| 振込先指定口座 | | | |
|---|---|---|---|
| ①公金受取口座<br>☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>（利用する場合は☑を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。） | | | |
| ②支払区分<br>振込 | 預金の種類<br>1.　普通　　2.　当座 | 金融機関名 | 銀行　本店<br>金庫　支店<br>農協　出張所 |
| 口座名義<br>カタカナで記入 | | 口座番号 | |

| 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 | | |

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

申請者（被保険者）　住所　氏名

代理人　住所　氏名

※　給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。