

保 決 裁 手 続 欄	申請年月日																						
	決裁年月日																						
	保険者番号		支給申請書整理番号																				
			療養区分																				
	法制番号		区 分																				
	一般 退職		本人 家族 未就学 高(一定以上) 高(一般)																				
75		67		1		2		3		7		9		4		1		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）				傷病名、発症又は 負傷の原因及びその経過				業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無			
									1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
	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	
	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			
	マッサージ(施術料)		同意部位（股幹）（右上肢）（左上肢）（右下肢）（左下肢）				摘 要					
	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）										
		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		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												
住療◎訪問3③		月										

○住療又は訪問の理由（ 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。															
	令和 年 月 日 住所															
	あん摩マッサージ指圧師 氏名 電話（ ）															
申 請 欄	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()															
支 払 方 法 同 意 記 録	個人番号															
	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		種 別		口 座 番 号		口座名義人（カタカナで記入）	
	2 口座振込								1 普 通							
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 考 欄	決 定		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」欄は住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。