

申請書記入例  
(あんま・マッサージ)

※申請内容の訂正方法については、別紙1の19をご確認ください。

(あんま・マッサージ用)

療養費支給申請書

(平成28年10月)

按摩9 支払区分2

保険証を確認のうえ、正確に記入してください。(別紙1の1参照)

施術月と施術期間を一致させてください。(別紙1の3参照)

この数字は変更しないでください。

広域連合から通知した支払区分(2又は3)を記入してください。

該当する項目に○をしてください。

必ず記入してください。(別紙1の4参照)

保険証を確認のうえ、該当する割合(1割又は3割)を記入してください。(別紙1の1を参照)

申請日は、施術証明日と同日以降にしてください。(別紙1の11を参照)

免許登録番号又は施術者登録番号を記入してください。

広域連合から通知した番号(10桁)を記入してください。記入誤りがあると、支払いに支障がある場合があります。(別紙1の2参照)

被保険者番号		00123456		保険者番号		3 9 4 3 1 0 0 2											
療養を受けた者の氏名		(フリガナ) コウキ タロウ 後期 太郎		性別	続柄	発病又は負傷年月日 平成25年 7月10日											
生年月日		明大昭 5 年 3 月 5 日		発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無 脳梗塞後遺症による 有(無)											
初療年月日		平成25年 7 月 12 日		施術期間		実日数 請求区分											
		平成28年 10 月 1 日 ~ 平成28年 10 月 31 日		3 日		新規・ <u>継続</u>											
傷病名又は症状		脳梗塞後遺症、筋麻痺(右上下肢、躯幹)						転帰 治癒・中止									
施術内容欄	マッサージ	躯幹	285 円×	3 回=	855 円	【摘要】 按摩 一郎 6, 15日 按摩 二郎 21日											
		右上肢	285 円×	3 回=	855 円												
		左上肢	円×	回=	円												
		右下肢	285 円×	3 回=	855 円												
		左下肢	円×	回=	円												
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円											
	温罨法	80 円×	3 回=	240 円													
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円													
	往療料	別紙「往療内訳書」のとおり		円	不明												
合計				2,805 円	介護認定なし												
一部負担金		3 割		842 円	要支援												
請求額				1,963 円	要介護												
施術日	10 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
通院○ 往療○		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		平成28年10月21日		住所		熊本市東区健軍〇-〇-〇											
免許登録番号(施術者登録番号)		3333		名称		〇〇マッサージ院											
施術者コード		4392010011		氏名		按摩 一郎											
住所		熊本市東区健軍■-■-■		電話		096-020-4321											
申請欄		平成28年10月21日		被保険者(申請者) 氏名		後期 太郎											
住所		熊本市東区健軍■-■-■		電話		096-030-1234											
支払機関欄		預金種別		普通		金融機関名											
		口座番号		0 0 7 7 7 7 7		△△銀行 △△支店											
		口座名義人		アンマ イチロウ													
代理人欄		代理人の氏名と印		按摩 一郎		備考欄											
		代理人の住所		熊本市東区健軍〇-〇-〇													
同意記録		同意医師		住所		熊本市東区健▲-▲-▲ 〇〇病院											
		同意年月日		平成28年 9 月 25 日		傷病名											
						脳梗塞後遺症											
		要加療期間(指示のあった場合)		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日													

往料算定の場合、該当する項目に○をし、介護認定の数字を記入してください。「不明」又は「介護認定なし」の場合は、数字の記入は不要です。

保健所に登録された区分により1又は2に○をしてください。

申請者は原則被保険者本人となります(後見人等の場合は、証する書類の写しを添付してください。)(別紙1の7参照)

この欄には何も記入しないでください。

同意年月日は、必ずその月施術を行うための根拠となっている同意日を記入してください。

注…別紙1とは「別紙1 療養費(はり・きゅう、あんま・マッサージ)支給申請に係る注意事項」を指します。