

療養費支給申請書 (あんま師・マッサージ師記入用)

患者氏名																																	
初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止																									
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日																					
傷病名または症状												摘 要																					
マ ッ サ ー ジ																												躯幹	円×		回=	円	
																												右上肢	円×		回=	円	
																												左上肢	円×		回=	円	
																												右下肢	円×		回=	円	
																												左下肢	円×		回=	円	
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可																												右上肢	円×		回=	円	
																												左上肢	円×		回=	円	
																												右下肢	円×		回=	円	
																												左下肢	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																								
往療料	4 kmまで					円×		回=	円																								
	4 km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
上記の通り施術を行い、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																							
施 術 証 明		令和 年 月 日					住所										印																
		免許登録番号					あん摩マッサージ指圧師 氏名																										
同意記録		同意医師の氏名					同意医師の住所					同意年月日					傷病名					要加療期間											
												令和 年 月 日																					

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。