

※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、ご本人による署名または押印が必要です。

令和 年 月分

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名		
	被保険者の 氏名と印	※自署の場合は捺印省略可 印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生まれ	
	被保険者の 住所・電話	〒 日中連絡が取れる電話番号 TEL ()					

申請内容	受診者	該当者に ☒ チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。				
		☐ 被保険者(本人)		☐ 被扶養者(家族)		
	被扶養者(家族)の氏名		被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	傷病名			発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				他人の行為によるものですか	1. はい 2. いいえ
	経過					
	施術した場所		※施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載			

振込先指定口座	☐ 【口座名義の区分】 ☐ 被保険者名義 ☐ 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)															
	銀行名								支店名				支店コード		預金種別	
	銀行								支店						1. 普通 2. 当座	
	口座番号				口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)											
	☐ 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。(利用する場合のみ ☒ を入れてください)															
注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。																

委任状	本請求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
	被保険者	氏名	㊟	※住所は「被保険者情報」と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 〒 氏名	㊟	被保険者との関係		

※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。

受付目付

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 ・ 転医																																		
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日																															
傷病名及び症状		摘 要																																									
あんま師・マ ッサージ師が 記入するところ	施術料	マッサージ（施術料）		同意部位		(軀 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																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		訪問施術料 1		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		訪問施術料 2		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		訪問施術料 4 (10人～19人)		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		訪問施術料 5 (20人以上)		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		温 罎 法 (加算)		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		回=		円																																			
		温 罎 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加算)		円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		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)																															
				施術回数		回		回		回		回																															
				円×		回=		円																																			
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×		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																																			
		明細書発行加算		円×		回=		円																																			
		合 計		円																																							
		※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】													減後合計額																												
		施術日	訪問1①	訪問2②	訪問3③	訪問4④	訪問5⑤	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◎	月																																								
○往療又は訪問の理由 (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	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																						
	令和 年 月 日																		住所																								
	免許登録番号																		氏名																								
あん摩マッサージ指圧師																		TEL ()																									
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。