

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒		電話番号 (日中の連絡先)	( )
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人

委 任 状	口座名義が代理 人の場合にご記 入ください。	被保険者 (申請者)	本申請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
		代理人 (口座名義人)	氏名	
			住所	
			氏名	被保険者との関係( )

申 請 内 容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為に よるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄( )	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病又は負傷の 原因及びその経過	原因				
		経過				
	施術を受けた施術所	名称		施術者氏名		
		所在地		施術に要した費用	円	
	施術期間(支給期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	(日数 日)		
	同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	同意医師					
再同意医師						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

※ 傷病の原因が外傷性による場合は、「負傷原因届」の添付が必要となります。

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「あんま・マッサージ施術者記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名																																
傷病名 及び症状																																
初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																							
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																			
施術内容	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														
		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																											
		温電法（加算）			円 × 回 = 円																											
		温電法・電気光線器具（加算）			円 × 回 = 円																											
		変形徒手矯正術（加算） ※ 温電法との併給は不可			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（ 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ ）																																
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	
往療又は訪問の理由 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証等住所地と異なる場合に記載）																																
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																																
あん摩マッサージ指圧師																																
住 所																																
氏 名																																
電話番号（ ）																																
保健所登録区分（ <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地 ） 免許登録番号（ ）																																

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。