

被保険者 記入欄	保険証の記号・番号		被保険者の氏名		(フリガナ)			
	—		—		—			
	療養を受けた者の氏名・生年月日等		(フリガナ)	生年月日			年齢	被保険者との続柄
			氏名	昭和 平成 令和	年	月	日	歳
	傷病名		発症又は負傷の年月日 (療養開始日)			平成 令和	年	月 日
	発症・負傷の原因及び経過					第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい		
療養を受けた施術所の名称及び所在地		名称				施術者の氏名		
		所在地						
療養の期間 (支給期間)		自:令和 年 月 日	日数	施術に要した費用の額				
		至:令和 年 月 日	日	円				

あんま師・ マッサージ師 記入欄	施術 内容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転帰	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	日	新規・継続	治癒・中止	
		傷病名又は症状						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		円×	肢×	回=	円	
		温 罨 法		円×		回=	円	
温罨法・電気光線器具		円×		回=	円			
往療料 2kmまで		円×		回=	円			
加 算 (km)		円×		回=	円			
合 計					円			

施術 証明 欄	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
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日		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
あんま師、マッサージ師 住所 免許登録番号 氏名		ⓧ 電話	

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		

被保険者 記入欄	申請欄	上記の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				
		申請者 住所 (被保険者) 氏名	ⓧ 電話			

支払 金融 機関 欄	預金種別	1. 普通	銀行 信組	支店	口座番号				
		2. 当座	金庫 農協						
口座名義人 (被保険者)		口座名義人フリガナ							

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

この申請書には、必ず当該疾病にかかる主治医の同意書(医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間記載のもの)と、施術に要した費用の「領収書」(原本)を添付して下さい。
再同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付の必要はありません。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、加療期間の指示がある場合はその期間を「同意記録」欄に記入してください。
同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。