

被 保 険 者 情 報	被保険者等	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
			(押印不要)		
	住 所	〒	—		電話番号 (日中の連絡先)

【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	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人
	公金受取口座	☐ 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。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)		

受 取 代 理 人 の 欄	受取代理人欄 は、「給付金受 領責任者口座設 置届」にて届出 されている方の 署名をお願いい たします。	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	☐ 被保険者 ☐ 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)	平・令 年 月 日 から 平・令 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。

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。

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

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	☐ 新規 ☐ 継続		転帰	☐ 治癒 ☐ 中止																								
施術期間	平・令	年	月	日	から	平・令	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			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1① 訪問2② 訪問3③）																																	
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 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 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 ☐ その他（ ）																																	
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証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（ ☐ 施術所所在地 ☐ 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。