

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		生 年 月 日		(フリガナ)				
	—		昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者 氏 名				
	事 業 所	名 称							
		所在地							
	被扶養者が施 術を受けた時 は、その者の		氏 名	生 年 月 日		被保険者 との続柄			
				年 月 日					
	被 保 険 者 の 住 所		(フリガナ) 〒						
	傷 病 名 又 は 症 状								
	発病又は負傷の年月日		昭和・平成・令和 年 月 日						
	発病又は負傷の原因		い つ						
			どこで						
			どのように						
	第三者の行為によるものですか		・はい		・いいえ		※「はい」の時は第三者の行為による被害届の提出が必要です。		
業務中又は通勤途中に発生した ものですか		・はい		・いいえ					
施術を受けた施術所の 名称及び所在地		名 称							
		所在地							
施術を受けた日 ※○を付けてください。		年 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 【 日間】					

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。	
	令和 年 月 日	
	住所	被保険者の
	氏名	
	事業所所在地	委任された者の
	事業所名称	
	事業主氏名	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※被保険者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。

被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(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	
-------	--

施術内容証明書 (あんま、マッサージ用)

2/2

受診者欄	受診者氏名		生年月日		性別	本人																										
			昭和 平成 令和 年 月 日		男・女	家族																										
あんま・マッサージ指圧師記入欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分																									
	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日～令和 年 月 日			日	新規・継続																									
	傷病名及び症状					転 帰																										
						継続・治癒・中止・転医																										
	施術内容欄	マッサージ (施術料)		同意部位	(躯 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																								
		温罨法 (加算)		円 ×		回 =		円																								
		温罨法・電気光線器具 (加算)		円 ×		回 =		円																								
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)																								
			施術回数	回	回	回	回																									
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 訪問 1①																																
通所○ 訪問 2②																																
往療◎ 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 (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 ())																														
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。					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					施 術 所		所 在 地																								
免許登録番号					あんまマッサージ指圧師 施術管理者		氏 名																									
							電 話 番 号																									
同意記録	同意医師氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																							
					年 月 日																											
	再同意医師氏名		住 所		再同意年月日		傷 病 名		要加療期間																							
				年 月 日																												

【添付書類】

●領収書 (原本)

●医師の同意書 (原本)

(医師の同意書は、初療日又は医師の同意日から6ヵ月(※)の施術に対して有効となりますので、有効期間内の2回目以降の請求にあたっては同意書の添付を省略することができます。なお、有効期間後の施術分については再度、医師の同意書を添付してください。但し、変形徒手矯正術につきましては1ヵ月毎に同意書が必要となります。)

※初療日又は医師の同意日が月の15日以前の時は当該月の5ヵ月後の月末、16日以後の時は当該月の6ヵ月後の月末となります。

●施術報告書 (写し)

施術報告書交付料の支給がある場合は施術者より施術報告書 (写し) の交付を受けて添付してください。

【注意事項】本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防のマッサージ等は支給対象になりません。