

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 (記号) (番号) 10 - 23456		○発病又は負傷年月日 令和5 年 6月 1日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 脳出血																												
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 6))																												
		健保 太郎		本人	○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)																												
		昭・平・令 45年 1月 1日生																															
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																											
	令和6年 6月 25日		自・令和 6年 10月 1日～至・令和 6年 10月 31日		11日	新規 継続																											
	傷病名及び症状		脳出血後遺症片麻痺				転 帰																										
							継続 治療・中止・転医																										
	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)	摘 要																							
				施術回数	11回	11回	11回	11回	11回																								
		通所		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 1		4,550円 × 11回 = 50,050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)		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
	* 温電法との併施は不可		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		50,050円																															
施術日	訪問1①	10	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○	訪問2②	月	①		①			①		①		①					①		①			①		①		①							
往療○	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 (1. 発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、その費用を領収しました。		令和 6年 11月 10日		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																										
	〒123-4567																																
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 6年 11月 10日		〒987-6541																												
	住所 群馬県前橋市〇〇〇																																
支 払 機 関 欄	支払区分		① 振 込		預金の種類		① 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名		東和 銀行		本店		支店																		
	口座名義		カタカナで記入		ケンポ タロウ				口座番号		1 1 2 2 3 3 4 4																						
同 意 記 録	同意医師の氏名		連合 花子		住 所		群馬県前橋市△△△		同 意 年 月 日		令和 6年 6月 25日		傷 病 名		脳出血後遺症片麻痺		要加療期間																
															6月25日～ 12月31日																		

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・「施術内容欄」および「施術証明欄」は施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の健康保険組合に届け出ている口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐ 医師の同意書（原本）

☐ 施術報告書（写し）

☐ 往療状況確認表

☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書