別添１（様式第６号の２）

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公費負担者番号							
公費受給者番号							
区市町村番号							
受給者番号							

特記事項		1 社国　3 後高 / 2 公費　4 退職	2 本外　8 高外一 / 4 六外　0 高外7 / 6 家外	給付割合
				8 / 9 / 10

種類	04 マ

保険者番号

被保険者欄			
○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	年　月　日		
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 / 明・大・昭・平・令　年　月　日生	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（　　　）） / ○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）

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　）　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・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

施術料							摘要
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		
	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						
一部負担金（1割・2割・3割）	円						
請求額	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（ 1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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　年　月　日

登録記号番号

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

施術所　〒　－　所在地　名称

施術管理者　氏名　電話

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

大分県後期高齢者医療広域連合　殿

申請者（被保険者）　〒　－　住所　氏名　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1．振込　2．銀行送金 / 3．郵便局送金　4．当地払	1．普通　2．当座 / 3．通知　4．別段	銀行・金庫・農協　本店・支店・出張所
口座名義 カタカナで記入	口座番号	郵便局

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		

本申請書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

申請者（被保険者）　住所　氏名

代理人　住所　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）**に従い行われるものです。**

※　給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。

※　ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。