

療養費支給申請書(あんま・マッサージ) (年 月分)

被 保 険 者 欄	保険者番号	1 3 8 0 8 1	住 所	江東区																											
	被保険者証記号番号	08-	世帯主氏名																												
	(療養を受けた者の氏名)	(性別)	(生年月日)	(続柄)	業務上・第三者行為・その他																										
		男・女	昭和 平成	年 月 日																											
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	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	治療・中止																										
摘 要 欄	(傷病名又は症状)											(左記傷病の初診年月日)																			
												年 月 日																			
	マッサージ	円 × 局所 × 回数 = 円																													
	変形徒手矯正術	円 × 回 = 円																													
	温罨法	円 × 回 = 円																													
	温罨法・電気光線器具	円 × 回 = 円																													
	往療料 加算(km)	円 × 回 = 円																													
	合 計	円 × 回 = 円																													
施術日	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
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。																														
	年 月 日 住 所 _____ あんま・マッサージ指圧師 _____ 電話 _____ 氏 名 _____ (印) _____																														
申 請 欄	上記の療養に要した費用について、療養費の支給を申請します。																														
	年 月 日 住 所 江東区 _____ 申請者 _____ 東京都江東区長 殿 氏 名 _____ (印) _____																														
支 払 機 関 欄	(支払区分)	(預金の種類)	(金融機関)	銀 行 ・ 農 協											本 店 ・ 支 店																
	振込	普通・当座		信用金庫・信用組合											(店番号)																
備 考 欄	(フリガナ)																														
	口座名義												口座番号																		
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										
													年 月 日																		
	再同意医師の氏名	住 所											再 同 意 年 月 日				傷 病 名				要 加 療 期 間										
													年 月 日																		

記入上の注意

- 「摘要欄」は往診を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
- 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。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、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。

同意書

(あんま・マッサージ療養費用)

患者	住所	江東区
	氏名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日
傷病名		
発病年月日	年 月 日	
医師初診日	年 月 日	
施術の種類(○で 囲んでください)	1. マッサージ (体幹・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)	
	2. 変形徒手矯正術 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)	
	3. 温罨法 4. 電気光線	
施術期間	平成 年 月 日より ()ヶ月	
往療の必要性の有無とその理由	・必要とする ・必要としない (○で囲んでください)	

上記の者診断の結果、頭書の疾病によりあんま・マッサージの施術に同意する。

_____年 _____月 _____日

保健医療機関名 _____

所在地 _____

保険医氏名 _____

Ⓜ