

被保険者欄	被保険者証等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)			
	被保険者氏名	(フリガナ)		被保険者生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒	電話	メールアドレス				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷年月日		年	月	日	発症又は負傷の原因及びその経過		
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい			
			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			

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	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	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	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																																
往療	訪問3③																																

○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、その費用を領収しました。	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	〒	住所		
同意記録	免許登録番号	あんま マッサージ指圧師	氏名	電話	
	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		

振込先情報	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名称	銀行/信用金庫		本店/支店
	預金種別	普通 当座 その他()	口座番号	口座名義(カタカナ)

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	