



施 術 機 関 番 号	2	3	7								
保 険 者 番 号											
被 保 険 者 番 号 ／ 記 号 ・ 番 号											

受給者の氏名・生年月日										受給者の住所																																						
明・大・昭 年 月 日										○施術した場所(施設等)に入居している場合及び、資格者証住所と異なる場合に記載)																																						
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										○業務上・外、第三者行為の有無																																	
年 月 日															1.業務上 2.第三者行為 3.その他()																																	
施	初療年月日					施 術 期 間										実日数			請 求 区 分																													
	年 月 日					自・R 年 月 日～至・R 年 月 日					日			新 規 ・ 継 続																																		
術	傷病名及び症状																				転 帰																											
																					継続・治癒・中止・転医																											
内	施 術	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																																									
	料	訪問施術料 3 (3人～9人)					円× 回＝ 円																																									
		温 罎 法 (加 算)					円× 回＝ 円																																									
		温罎法・電気光線器具 (加算)					円× 回＝ 円																																									
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罎法との併施は不可					同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																					
							施術回数	回	回	回	回																																					
容	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: R 年 月分)					円× 回＝ 円																																										
	明細書発行加算					円× 回＝ 円																																										
	合 計					円																																										
	保 険 給 付 額					円																																										
	一部負担金 (1割・2割・3割)					円																																										
	減 額 ・ 免 除					円																																										
	請 求 金 額					円																																										
	* 支 払 金 額					円																																										
欄	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	月																																													
○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 者 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 (〒 -)																																															
	登録記号番号(10桁)										あん摩・マッサージ指圧師										住 所																											
同 意 記 録	又は免許登録番号										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																											
申 請 者 委 任 欄	上記の療養に要した費用に関して、医療費の支給を申請し、その受領をあん摩・マッサージ指圧師(代理人)に委任します。																																															
	令和 年 月 日 (〒 -)																																															
	申請者 住 所																																															
本 人 申 請 欄	名古屋市長 様										氏 名										電 話																											
	氏 名																																															
	令和 年 月 日 (〒 -)																																															
備 考	申請者 住 所																																															
	様										氏 名										電 話																											
																					届出のとおり																											

「記入上の注意」

1. 「摘要」欄は、施術に関する特記事項等を入力してください。
2. 委任支払方式とする場合は「本人申請欄」を抹消し、市町村に直接支給申請する場合は「申請者委任欄」を抹消してください。
3. 傷病の発症が第三者の行為によるものであるときは、この申請書に「第三者による被害届」の写しを添付してください。
4. 同意書、診断書により支給が可能となる期間を超えた申請に 대해서는、医師の同意書の写しを添付してください。
5. 初療の日から1年以上経過しており、かつ1月間の施術を受けた回数が16回以上の場合は、この申請書に「1年以上・16回以上施術継続理由・状態記入書」の写しを添付してください。
6. 施術報告書交付料を支給申請する場合は、施術者が記入した施術報告書の写しを添付してください。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入してください。
- 7 「*支払金額」の欄は市町村が記入するため、未記入としてください。