

○ 子 ど も
○ 障 害 者
○ 母 子・父子家庭

医療費支給申請書

(該当のものを○でかこんでください)

(あん摩・マッサージ指圧師用)

(あて先) 長

施術機関番号 2 3 7

保険者番号

記号・番号

受給者番号

受給者の氏名

受給者の生年月日

受給者の住所

年 月 日

傷病名

発病又は負傷年月日

発病又は負傷の原因およびその経過

年 月 日

初療年月日 施術期間 実日数

年 月 日 自・ 年 月 日～至・ 年 月 日 日

傷病名又は症状

マッサージ

温電法(加算)

温電法・電気光線器具(加算)

変形徒手矯正術(加算)

往療料 4kmまで

往療料 4km超

施術報告書交付料

合計

保険給付額

一部負担金(1割・2割・3割)

減額・免除

請求金額

*支払金額

令和 年 月 日

[記入上の注意]

- 1. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
2. 委任支払方式をとる場合は「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. 傷病の原因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される期間を超えた申請については、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・月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. * 印欄には記入しないでください。