様式第10号

令和　　年　　月分　　令和　　年　　月　　日提出

福 後期高齢者福祉医療費支給申請書

（あん摩・マッサージ指圧師用）

（あ て 先）　　長

公費負担者番号	8	9	2	3				
受給者番号								

施術機関番号	2	3	7							
保険者番号	3	9	2	3						
被保険者番号										

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	

施術内容欄				
初療年月日	施術期間		実日数	○業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他
年　月　日	自・　年　月　日～至・　年　月　日		日	請求区分
傷病名又は症状				新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯幹	円×	回＝	円
	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	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） ※温罨法との並施は不可	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	円×	回＝	円
往療料　4kmまで		円×	回＝	円
往療料　4km超		円×	回＝	円
施術報告書交付料 （前回支給：　年　月分）		円×	回＝	円
合計				円
保険給付額				円
一部負担金（1割・3割）				円
減額・免除				円
請求金額				円
＊支払金額				円

摘要

施術日 通院○ 往療◎	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

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　　（〒　　－　　）

施術者登録番号

又は免許登録番号　　あん摩・マッサージ指圧師

住所

氏名　　電話

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		

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

様　　氏名　　電話

本人申請欄

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ます。

令和　　年　　月　　日　　（〒　　－　　）

申請者　住所

様　　氏名　　電話

備考		振込先 金融機関	

［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。