





# 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) 瀬戸市長

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、発症又は負傷の原因及びその経過	発病又は負傷年月日	○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	○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																													
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日																														
術	傷病名及び症状	請求区分																															
		新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医																															
内	マッサージ(施術料)	同意部位 (躯幹) (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)																															
		施術回数	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																													
	温電法(加算)	円×	回=	円																													
	温電法・電気光線器具(加算)	円×	回=	円																													
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位 (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)																															
	施術回数	回	回																														
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																														
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																														
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																																

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。 令和 年 月 日 (円 - )	保健所登録区分	1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所
	施術者登録番号 _____ 住所 _____ 又は免許登録番号 _____ あん摩・マッサージ指圧師 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 (円 - )
	住所 _____ 申請者 _____ 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 (円 - )
	住所 _____ 申請者 _____ 氏名 _____ 電話 _____

備考	振込先 金融機関
----	-------------

[記入上の注意]

- 「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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 「\*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。

○ 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)

(はり・きゅう師用)

(あて先) 瀬戸市長

Table with 2 columns: 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, 傷病名・発症又は負傷の原因及びその経過, 発病又は負傷年月日, 業務上・外、第三者行為の有無

Table with columns for 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名, 初検料, 施術の種類, 施術料 (通所, 訪問), 電療料, 往療料, 合計, 保険給付額, 一部負担金, 減額・免除, 請求金額, 支払金額

Table with columns for 施術日, 訪問1, 訪問2, 訪問3, 1-31 days

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。住所, 氏名, 電話番号

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

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、その受領をはり師・きゅう師(代理人)に委任します。

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。

備考: 振込先金融機関

[記入上の注意] 1. 施術内容欄の傷病名、初検料の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。 2. 「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。 3. 「傷病名」の「付記」には、施術部位を記載してください。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 7. 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。 8. 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。 9. 「\*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。

○子 ども  
○障 害 者  
○母 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) 瀬戸市長

Table with 2 columns: 施術機関番号 (2, 3, 7), 保険者番号, 記号・番号

受給者番号

Table with 3 columns: 受給者の氏名, 受給者の生年月日, 受給者の住所

Table with 2 columns: 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過, 発病又は負傷年月日

Main table for treatment details including 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名及び症状, 施術料 (マッサージ, 温電法, etc.), 往療料, 合計, 保険給付額, etc.

Table for 施術日 (1-31) and 住居 (1-3)

Table for 施術者証明欄 including 施術者登録番号, 住所, 氏名, 電話

Table for 同意記録 including 同意医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間

Table for 申請者委任欄 including 申請者住所, 氏名, 電話

Table for 本人申請欄 including 申請者住所, 氏名, 電話

Table for 備考 including 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による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. 「\*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。