様式第 19 号の 2(第 14 条関係)

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

			○保険者番号
被保険者欄	○被保険者資格の記号番号	○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
		年　月　日	
	療養を受けた者の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	○業務上・外、第三者行為の有無	
		1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他(　　)	
		○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)	
	明・大・昭・平　年　月　日生		

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・　年　月　日　～ 至・　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	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
		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			
	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	
		円×	回=	円			
	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			
明細書発行加算		円×	回=	円			
合計		円					
一部負担金相当額(1割・2割・3割)		円					
請求額		円					

摘要

施術日	訪問1 ①	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
通所○ 往療◎	訪問2 ② 訪問3 ③																																

往療又は訪問の理由　1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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(施術内容欄の合計金額)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
	年　月　日	施術所　所在地	〒　－
	免許登録番号	名称	
	あん摩マッサージ指圧師	施術者　氏名	電話
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	〒　－	
	年　月　日	申請者(被保険者)　住所	
	福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様	氏名	電話

支払機関欄	金融機関名	銀行　信用金庫 信用組合　協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別 1. 普通　2. 当座　3. (　　)
	口座名義 カタカナで記入		口座番号	

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
			年　月　日		