

(年 月分) (あんま・マッサージ用)

1. 本人入院
2. 本人入院外
3. 未就学児入院
4. 未就学児入院外
5. 家族入院
6. 家族入院外
7. 高齢者8割入院
8. 高齢者8割入院外
9. 高齢者7割入院
0. 高齢者7割入院外

被 保 険 者 欄	☐ 被保険者番号		べっぷ																	1. 本人入院 2. 本人入院外 3. 未就学児入院 4. 未就学児入院外 5. 家族入院 6. 家族入院外 7. 高齢者8割入院 8. 高齢者8割入院外 9. 高齢者7割入院 0. 高齢者7割入院外													
	☐ 世帯主氏名																																
	☐ 療養を受けた者の氏名												続 柄																				
	(フリガナ)																																
													男・女																				
												○業務上・外、第三者行為の有無																					
明・大・昭・平・令												年 月 日生		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																			
☐ 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										☐ 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																																	
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・令和 年 月 日～至・令和 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		(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																	
		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 罎 法 (加 算)						円 ×				回 =				円																	
		温罎法・電機光線器具 (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																		
							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																		
	合 計														円																		
一部負担金 (2 割 ・ 3 割)														円																			
請 求 額														円																			
施術日	訪問 1 ①		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 2 ②																																
往療	訪問 3 ③	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 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										〒				住 所																		
	免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師				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。										〒				住 所																		
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者)				氏 名				電 話														
	別府市長 あて																																
支 払 機 関 欄	○支払区分						預金の種類						金融機関名						銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所														
	1. 振込 1. 普通						1. 普通 2. 当座																										
	口座名義 カタカナで記入						口座番号												郵便局														
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																								

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。

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及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。

3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。