記入例

㊖　**医療助成費支給申請書**（　　年　　月分）（あん摩マッサージ指圧用）

機関コード

公費負担者番号								
公費受給者番号								

特記事項		
	1 社国　3 後高 2 公費	2 本外　8 高外一 4 六外　0 高外7 6 家外

種類	04 マ

給付割合		
8	9	10

保険者番号

施術の回数が月16回を超える場合、
こちらの様式を使ってください。
記載上の注意事項は、「別記第３号様式の２」を参照してください。

被保険者欄

○被保険

療受の

（

））

所と異なる場合記載）

区　分

継　続

帰

継続　治癒　中止・転医

施術内容欄

		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
施術料	マッサージ（施術料）	施術回数	回	回	回	回	回

施術料	通所	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　1	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　2	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　3（3人～9人）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　4（10人～19人）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　5（20人以上）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	温罨法（加算）	円×	回＝	円
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	円×0.5×	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

（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	円×0.5×	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
※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】		逓減後合計額	円
一部負担金（1割・2割・3割）			円
請求額			円

摘　要

一部負担金相当額（医療助成費）
円

請求金額（医療助成費）
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																																
	訪問3③																																
往療◎	訪問4④																																
	訪問5⑤	月																															

○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

名　称

施術管理者登録記号番号

施術管理者　氏　名　　電話

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、助成費の支給を申請します。

〒　－

年　月　日

住所

申請者（被保険者）

殿　　氏名　　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	銀行　本店 金庫　支店 農協　出張所
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
		年　月　日		

本申請書に基づく助成費に関する受領を代理人に委任します。　　年　月　日

申請者　住所　　代理人　住所

（被保険者）　氏名　　氏名

※　この助成費の受領の代理人への委任は、心身障害者医療費助成制度の施術療養費に係る取扱要領に従い行われるものです。
※　助成費に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。
※　ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。