別記第３号様式の２

記入例

◯障 医療助成費支給申請書（　　年　　月分）（あん摩マッサージ指圧用）

医療保険の給付割合 該当数字に○をする。
給付割合が７ 割の場合、空欄にするか、
欄外に「７」と記入。

公費負担者番号								給付割合		
公費受給者番号								8	9	10
							保険者番号			

提示されたマル障受給者証の「公費負担者番号」
及び「受給者番号」を記入する。

保険証に記載の保険者番号を記入。
※月途中に保険者が変更になった場合には、
保険者ごとに申請書を分けて御提出下さい

保険者欄	療養を受けた者の	男・女	年　月　日生	日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
				日	
				続	

和暦で数字を記入

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

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）	摘要
	施術回数	回	回	回	回	回	

◆合計
施術に係る合計金額を記入。
◆一部負担金
医療保険の負担割合分を記入。
Ex)３割負担の受給者の場合、「３割」に○をつけ、
合計金額から請求額を引いた金額を記入。
◆請求額
保険請求額を記入。
Ex)３割負担の受給者の場合、合計金額の７割分の金額。
端数は切捨て。

◆施術期間
受領委任の取扱開始日／廃止日が月途中の場合は施術期間欄の記載に注意してください。
Ex)令和4年4月5日が取扱開始日の場合、施術期間欄の始期は令和4年4月1日ではなく、「令和4年4月5日」と記入。
◆実日数
「施術日(○or◎を付ける箇所)」の数と一致するよう記入。

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（１割・２割・３割）			円
請求額			円

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 通所○ 訪問２② 往療◎ 訪問３③ 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

関東信越厚生局から付番された登録記号
番号を必ず記入する

◆一部負担金相当額（医療助成費）
マル障の一部負担金相当額を記入する。
公費負担者番号80136・・・の受給者は、１割。
公費負担者番号80137・・・の受給者は、０となる。
◆請求金額（医療助成費）
医療保険の「一部負担金」から、上記「一部負担金相当額（医療助成費）」を除いた額を記入する。

照欄	施術管理者登録記号番号	日難　２．認知症	した。	施術所
				施術管理

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
	年　月　日
	申請
	（被保険
	殿

支払機関欄	支払区分	預金の種類		
	1. 振込　2. 銀行送金	1. 普通　2.		農協　出張所
	3. 郵便局送金　4. 当地払	3. 通知　4. 別段		郵便局
	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

◆口座番号が８桁未満の場合、桁不足の部分は０（ゼロ）で埋めず、空欄にする。
◆ゆうちょ銀行の場合、口座番号８桁目の「１」を除いた７桁を記入する。

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。
※　給付金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。