

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号		記号	② 被保険者 氏名		昭和・平成 年 月 日																						
			番号	生年月日																								
	③ 被保険者の 住所		〒 -		電話 携帯 ( )		( )																					
	④ 事業所名称																											
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。																											
	氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日		被保険者 との続柄																					
	⑥ 傷病名																											
	⑦発病 または 負傷年月		平成・令和 年 月 日																									
	⑧発病または 負傷の原因 (詳細に記 入)		い つ・・・																									
			ど こ で・・・																									
			ど の よ う に・・・																									
	⑨ 第三者によるものですか		はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」を提出してください。																									
	⑩業務中に発生したものですか		はい ・ いいえ																									
	⑪ 施術を受けた 施術所の 名称・所在地		名称																									
所在地																												
⑫ 施術を受けた日 (○を付けてく ださい)		令和 年 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	【 日間】																				
		※暦月単位でひと月につき1枚の申請用紙が必要となります。																										
⑬ 被保険者 同意欄		療養を受けた医療機関等に大阪府貨物運送健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。																										
		被保険者氏名：																										
		※同意医師へ申請内容に対して確認させて頂く場合があります。																										
⑭ 振込先		口座名義人の氏名										預金種別										銀行・信用金庫 農協・信用組合						
		フリガナ										普通・当座 (口座番号)																
																						支店						
		※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。																										

※以下の欄は、あん摩・マッサージ・指圧に関する振込を代理人にする場合に記入してください。  
ただし、代理人は被保険者(申請書)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への振込(委任)はできません。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に 関する権限を代理人に委任します。		代理人の氏名		被保険者との関係	
			フリガナ			
	令和 年 月 日 被保険者氏名		代理人の住所・電話番号			
			〒 -		電話 ( )	

施術内容証明書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

(令和 年 月分)

令和 年 月 日 提出

①被保険者等 記号・番号	記号			② 被保険者 氏名 生年月日					本人 ・ 家族																								
	番号				昭和・平成	年	月	日																									
初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	転 帰																									
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日				日	新規・継続	継続・治療 中止・転医																									
傷病名																																	
③施 術 内 容 欄	は り 師 ・ き ゆう 師 が 記 入 す る と ころ	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 罨 法 (加熱)		円 ×		回 =		円																									
		温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加熱)		円 ×		回 =		円																									
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施不可		同意部位	( 右 上 肢 )	( 左 上 肢 )	( 右 下 肢 )	( 左 下 肢 )																									
				施術回数	回	回	回	回																									
		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 (1割・2割・3割)						円																											
請 求 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																																
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		施術所 所在地		名 称																													
あん摩・マッサージ・指圧師登録記号番号		電 話		氏 名																													
( )		あん摩・マッサージ 指圧師																															
⑤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																													
	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																													

【添付書類】・領収書 (原本) ・医師の同意書 (原本) ・施術報告書 (写し)  
 ○同意書は、初療日または医師の同意日から6ヶ月の施術に対し有効となります。  
 有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。なお、有効期限内における2回目以降の申請にあつては省略可。ただし、変形徒手矯正術は1ヶ月毎に同意書が必要です。  
 ○施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。  
 ○初療の日から1年以上かつ月16回以上施術に該当する場合、継続理由・状況記入書の添付が必要です。

【注意事項】  
 ○同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療が行われていないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。  
 ○本人からの施術希望、日常生活の疲労回復 (疲れ・腰痛・肩こり) や予防疾病のマッサージ等は支給対象になりません。