

|                                      |             |                |                        |             |             |                    |
|--------------------------------------|-------------|----------------|------------------------|-------------|-------------|--------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄      | 被保険者証の記号・番号 | 療養を受け<br>た者の氏名 | フリガナ                   | 男<br>・<br>女 | 続柄(被扶養者の場合) | 生年月日               |
|                                      | -           |                |                        |             |             | 昭・<br>平・令<br>年 月 日 |
|                                      | 発症または負傷年月日  | 傷病名            | 業務上・外、第三者行為の有無         |             |             |                    |
|                                      | 令和 年 月 日    |                | 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他 |             |             |                    |
| 発症または負傷の原因、およびその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯 |             |                |                        |             |             |                    |

|   |                       |                       |   |       |   |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-------|---|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>・<br>証<br>明<br>欄<br>(記<br>入<br>ま<br>た<br>は<br>添<br>付) | 初療年月日                 | 施術期間                  | 実日数   | 請求区分  |   |
|   | 令和 年 月 日              | 自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日 | 日   | 新規・継続 |   |
|   | 傷病名または症状              | 転帰<br>継続・治癒・中止・転医     |   |       |   |
|   | マ<br>ッ<br>サ<br>ー<br>ジ | 軀 幹                   | 円×  | 回=    | 円 |
|   |                       | 右 上 肢                 | 円×  | 回=    | 円 |
|   |                       | 左 上 肢                 | 円×  | 回=    | 円 |
|   |                       | 右 下 肢                 | 円×  | 回=    | 円 |
|   |                       | 左 下 肢                 | 円×  | 回=    | 円 |
|   | 変形徒手矯正術               | 円×                    | 肢×  | 回=    | 円 |
|   | 温 罨 法                 | 円×                    | 回=  | 円     |   |
| 温罨法・電気光線器具  | 円×                    | 回=                    | 円   |       |   |
| 往 療 料   | 4kmまで                 | 円×                    | 回=  | 円     |   |
|   | 4km超                  | 円×                    | 回=  | 円     |   |
| 施術報告書交付料<br>(前回支給:令和 年 月分)  | 円×                    | 回=                    | 円   |       |   |
| 合 計   |                       |                       |   | 円     |   |
| 施術日   | 月                     | 通院○ 往療◎               | 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 |       |   |
| 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  | あん摩<br>マッサージ<br>指圧師   | 住 所 〒                 | 氏 名   | 印 TEL |   |
| 免許登録番号  |                       |                       |   |       |   |

|  |   |                                       |   |  |
|--|---|---------------------------------------|---|--|
| 医<br>師<br>同<br>意<br>書<br>(記<br>入<br>ま<br>た<br>は<br>添<br>付) | 患者氏名  | 生年月日                                  | 発病(初診)年月日   |  |
|  |   | 昭・平・令 年 月 日                           | 昭・平・令 年 月 日   |  |
|  | 傷病名   | 要加療期間                                 |   |  |
|  | 症 状   | 筋 麻 痺<br>筋 萎 縮                        | (筋麻痺または筋萎縮のある部位について、○を付けてください)<br>軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢   |  |
|  |   | 関 節 拘 縮                               | (関節拘縮のある部位について、○を付けてください)<br>右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首      其 他<br>左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首      ( ) |  |
|  |   | 其 他                                   | (筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載ください)   |  |
|  | 施術の種類   | マッサージ ( 軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢 ) |   |  |
| 施術部位   | 変形徒手矯正術 ( 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢 )   |                                       |   |  |
| 往 療  | 1. 必要とする      2. 必要としない<br>往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 ( ) 分かれば記載ください<br>1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難<br>2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難<br>3. その他 ( ) |                                       |   |  |
| 注意事項等  | (施術にあつて注意すべき事項等があれば記載してください) [任意]   |                                       |   |  |
|  |   |                                       | 同意区分<br>初回の同意・再同意   |  |
|  |   |                                       | 診察日<br>令和 年 月 日   |  |
| 上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。     |   |                                       |   |  |
| 令和 年 月 日   | 保 険 医 療 機 関 名   | 所 在 地 〒                               | 保 険 医 氏 名      印 TEL  |  |

|                                 |                                      |       |             |       |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------|-------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 上記(または添付)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。 |       |             |       |
|                                 | 令和 年 月 日                             | 被保険者  | 部 署 名       | 住 所 〒 |
|                                 | カゴメ健康保険組合 理事長 殿                      | (申請者) | 氏 名         | 印     |
| 振込指定口座(被保険者本人名義に限る)             | 銀 行                                  | 支 店   | 普 通 預 金 No. |       |

(注意事項) \* 各申請者毎、施術月毎(1ヶ月単位)に、申請書1枚を提出してください。\* 施術を受けることに発行される領収証原本を全て添付してください。\* 初療(初診)時、およびその後6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)毎に医師同意書の提出が必要です。

|                       |         |         |     |         |       |       |
|-----------------------|---------|---------|-----|---------|-------|-------|
| 健<br>使<br>用<br>保<br>欄 | 支 給 金 額 | 支 給 期 間 | 備 考 | 常 務 理 事 | 事 務 長 | 担 当 者 |
|                       | 円       | ~       |     |         |       |       |