別記第３号様式の２

㊞ ㊚ ㊑ ㊟ 医療助成費支給申請書（　　年　　月分）（あん摩マッサージ指圧用）記入例

機関コード

公費負担者番号																	
公費受給者番号																	

医療保険の給付割合
該当するものに○、7割の場合は欄外に「7」と記載

高外一	給付割合		
高外7	8	9	10

種類　04 マ

保険者番号

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

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。

被保険者欄				
○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日	○傷病名	
		年　月　日		
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男 明・大・昭・平・令　月　日生	続柄	○発症又は負傷の	
			○業務上・外、第三者行為の有無	
			1．業務上　2．第三者行為である　3．その他	

和暦で数字を記入

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・　年　月　日～至・　年　月　日		日	新規・継続
傷病名又は症状				転帰
				継続・治癒・中止・転医
マッサージ	躯幹	円		摘要
	右上肢	円		
	左上肢	円		
	右下肢	円		
	左下肢			
温罨法（加算）				
温罨法・電気光線器具（加算）		円		
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	右上肢	円		
	左上肢	円		
	右下肢	円		一部負担金相当額（医療助成費）　円
	左下肢	円		
往療料　4㎞まで		円		請求金額（医療助成費）　円
往療料　4㎞超		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		円		
請				
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 … 7 8 9 10 11 12 13 14 15 1… 31		

◆一部負担金相当額について
・マル親（81137・・・）、マル乳、マル子・マル青（証の右上に「通院負担有 200 円」の記載がないもの）は一部負担金相当額はゼロ
・マル親（81136・・・）は、1割負担
・マル子・マル青（証の右上に「通院負担有 200 円」の記載があるもの）は1回 200 円（ただし、200 円に満たない場合はその額）

（マル子・マル青の記載例　200 円に満たないときがあった場合）
摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。
（例）
（自己負担額等内訳）

	施術料	一部負担相当額（マル子・マル青）
○○日	1,000 円	200 円
○○日	400 円	120 円
○○日	800 円	200 円

上記「実日数」と「施術日（○or◎をつける箇所）」が一致するよう記入。

◆請求金額（医療助成費）
保険適用の自己負担額から、上記の一部負担金相当額を除いた額

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	
施術管理者登録記号番号		名称	電話
	施術管理者	氏名	

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		〒　－	
	殿	申請者（被保険者）	住所
			氏名　電話

関東信越厚生局から付番された登録記号番号(10 桁)を必ず記入

支払機関欄				
1. 振込　2. 銀行送金	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座		金庫	支店
	3. 通知　4. 別段		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（被保険者）	住所	代理人	住所
	氏名		氏名

※　この助成費の受領の代理人への委任は、㊞㊚㊑㊟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。