別府市療養費支給申請書

(令和6年10月分) (あんま・マッサージ用)

被保証	 ○ 被保険者番号 べっぷ 0 0 1 2 3 4 5 6 ○ 世帯主氏名 別府 市郎 ○ 療養を受けた者の氏名 続 柄 (フリガナ) ベップ パコ 							2. 个人人院外 8. 高齢 3. 未就学児入院 9. 高齢 9. 高齢						者8割入院 者8割入院外 者7割入院 者7割入院外				
険 者			別府	花子		· 女	○業務上・	業務上・外、第三者行為の有無										
欄		明・	大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	令 45	年 12 月1	L 2 日生	日生 (1. 業務上 2. 第三者行為 ③ その他())	
	〇発	病又は負	傷年月日)傷病名、	発症又は負傷	の原因及びそ	の経過	○施術	した場所	(入居施記	设や住所は	也特例等、保	:険証住	所地と異な	る場合に	記載)		
		平成31年	F 3月 1日	関節リ	ウマチ 原	因:不詳 経	不詳 経過:観察中 別府市□□□			J -								
	初療年月日						施術期間						請求区分					
	(平成) 31年 4月 1日 自					自·令和6年1	・令和6年10月1日~至・令和6年			10月31日			新規・継続					
施		傷病	5名及び症状				関節リウマチ				•	-		転	т н.	帰		
						同意部	位 (躯幹)	(右上肢	(右上肢) (左上肢) (右下肢			(左下肢)		継続・海		中止・転医要		
	施術料		マッサーシ	ジ(施術料	탁)	施術回				10回	回	口		110	3			
			通所	通所			F.	1×	囯=			円						
			訪問施術料	1	1		円〉	<	囯=			円						
			訪問施術料	2			2,500円	×	5回=			12, 500円						
術			訪問施術料	3 (3	人~9人)		1,810円	×		5回=		9,050円						
内			訪問施術料 3 (10人以上)				円×			回=								
容		温 罨 法(加 算) 温罨法・電機光線器具(加 算)					円× 円×			回=								
欄		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可				同意剖	円× 回= 円 同意部位 (右上肢) (左上肢) (右下肢) (左下肢)											
						施術回	施術回数 10回			10回 □		回						
							470円×			20回=								
	特別地域(加算) 往療料						円× 円×			回=								
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円× 回= 円 円× 回= 円											
	合 計						30,950円											
	一部負担金 (2割 · (3割) 請 求 額						9, 285円 21, 665円											
	施術日 訪問1① 1 2 3 4 5 6 7					7 8 9												
	通所〇 訪問2② 往療◎ 訪問3③ 月				2	3		2		3	(2	3		2	3		
			由 (1. 独歩によ	る公共交通機	銭関を使っての外出	困難 2. 認知症	や視覚、内部、精神	申障害などに。	より独歩による	る外出困難	3. その他	<u>t</u> ())	
施			3り施術を行い		費用を領収し	ました。			保健所	登録区	分 O-OO		所在地	2. 出張	専門施徒	予者住所	地	
術証	ct,	和 0 円	三 10 月 3	1 🖪					住 所			<i>5</i> 0						
明欄	免	許登録番		0010	0.445	あん	あん摩マッサージ指圧師											
IM	44002001204NB								氏 名	別府				電	話 0977((20) 0000		
申請欄	上記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 6 年 10 月 31 日										0-000	JO						
	別府市長 あて						申請和 (被保険	住所 別府市〇〇〇										
支	 ○支払区分						金の種類			氏名 別府 市郎 金融機関名			電話 0977(21)0000 本店					
払機	1. 普通					_				あいう			金庫 別府 🕏			支店出張所		
関欄				義(カタカナで記入)			ベップ イチ			ı Ď		座番号	0	1 2	3	4 5	6	
同意	同意医師の氏名 住					所	所			同意年月日 傷			病	病 名 要加療期間			間	
記録	の注意						××××			令和6年 10月 1日 関				節リウマチ ×××				

※保険者処理欄

- 1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
 2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入して下さい。
 3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。