

健 保 記 入 欄	支給決定伺			支給決定額 ¥	あん摩・マッサージ用		
	常務理事	課長	係長			係員	
					資格取得	昭・平・令 年 月 日	支給日
					資格喪失	昭・平・令 年 月 日	令 年 月 日

【被保険者記入欄】 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (令和 年 月分)

① 記号・番号	-		② 事業所名			
③ 被保険者氏名			④ 被保険者生年月日	昭・平	年 月 日	(歳)
⑤ 被保険者住所	(〒 -)		(連絡先: - -)			
⑥ 療養を受けた者の氏名			⑦ 療養を受けた者が被扶養者の場合	昭・平	年 月 日	(歳)
⑧ 傷病名			⑨ 発病・負傷年月日	令和	年 月 日	
⑩ 発病又は負傷の原因						
⑪ 業務上の負傷ですか	はい・いいえ		⑫ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ		
⑬ 振込先	農協名		支店名	口座番号	口座名義(カナ)	
				普通・貯蓄	()	
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 年 月 日	〒 -		連絡先	- -	
	京都府農協健康保険組合理事長 様		申請者 住所:	_____		
			(被保険者) 氏名:	_____		

【あん摩・マッサージ指圧師の記入欄】

施 術 内 容	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	
	傷病名又は症状				転帰	
					継続・治療・中止	
	施療料	マッサージ	躯幹	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
		温電法	円 ×	回 =	円	
	温電法・電気光線器具					
	変形徒手矯正法	円 ×	肢 ×	回 =	円	
往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円		
	加算 (km)	円 ×	回 =	円		
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円		
費用合計		円				
施術日 通院:○・往診:◎		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				
施 術 証 明 書	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.施術所在地 2.出張専門施術者所在地		
	令和 年 月 日	〒 -		連絡先	- -	
	登録番号 _____	あん摩マッサージ指圧師		住所:	_____	
			氏名:	_____		
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	