

健 保 記 入 欄	支 給 決 定 伺				支 給 決 定 金 額	¥	備 考	
	常務理事	課 長	係 長	係 員				
					資格取得日	令・昭・平 年 月 日	支給決定	令和 年 月 日
					資格喪失日	昭・平 年 月 日	支給年月	令和 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 (あん摩・マッサージ用) (令和 年 月分)

被 保 險 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○被保険者氏名		○療養を受けた者の氏名		続柄	○発病又は負傷年月日	
	-		昭・平・令 年 月 日生		昭・平・令 年 月 日生			令和 年 月 日	
	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過				○業務上・外、第三者行為の有無			○施術した場所 (※)	
					業務上の負傷 ( はい・いいえ )				
				第三者行為の負傷 ( はい・いいえ )					
振込先		金融機関名		本店	預金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
		農協		支店	普通・貯蓄				
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									
京都府農協健康保険組合理事長 殿				申請者 (被保険者)		住所		氏名 電話	

※ 入居施設や住所地利等、保険証住所と異なる場合に記載してください。

【あん摩・マッサージ師の記入欄】

施 術 内 容 欄	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																
	傷病名及び症状																	転 帰																
																		継続・治療・中止・転医																
施 術 内 容 欄	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 算)		円× 回= 円																															
	温罨法・電気光線器具 (加 算)		円× 回= 円																															
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		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																																
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		月																																
○往療又は訪問の理由 ( 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) )																																		
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																	
	令和 年 月 日														〒 -		住所																	
免許登録番号														あん摩マッサージ指圧師		氏名 電話																		
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																	

添付書類  
留意事項

- ◎ 「領収証 ( 原本 ) 」および「医師の同意書」を添付してください。
- ◎ なお、療養費の支給が可能とされる期間 ( 同意書により支給可能な期間 ) 内における2回目以降の申請は、「医師の同意書」の添付省略可。
- ◎ 施術報告書交付料の申請をされる場合は、施術者が記入した「施術報告書の写し」を添付してください。
- ◎ 支給対象となるのは、筋麻痺・関節拘縮等の症状が認められ、その制限されている関節の可動域の拡大と筋力増強を促し、症状の改善を目的として、あん摩・マッサージの施術が必要と医師が認めている場合に限りです。(疲労回復や慰安目的などのマッサージは支給対象外です)