

療養費支給決定伺		業務部長	給付課長	審査	支所長	係			
支給決定額									
療養期間	自	年	月	日	決定年月日	平成	年	月	日
	至	年	月	日					
支払日	平成	年	月	日	資格	取得年月日	年	月	日
					喪失年月日	年	月	日	

本所受付

支所受付

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)
被扶養者

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者氏名			住 所																										
	療養を受けた者の氏名		性別	生年月日		続柄	業務上・外・第三者行為の有無																									
			男・女	大・昭・平 年 月 日生			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																									
	傷病名		発病または負傷年月日			発病又は負傷の原因及びその経過																										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間			実日数	請求区分	転 帰																								
	年 月 日		自 年 月 日~至 年 月 日			日	新規・継続	治癒・中止																								
	傷病名又は症状										左記の傷病の初診年月日																					
											年 月 日																					
	マッサージ			円× 局所× 回=			円		摘 要																							
	変形徒手矯正術			円× 回=			円																									
	温罨法			円× 回=			円																									
	温罨法・電気光線器具			円× 回=			円																									
	往 療 料			円× 回=			円																									
	加 算 (k m)			円× 回=			円																									
合 計						円																										
施 術 日	月	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																														
	月	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																														
	月	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																														
	月	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																														
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。 年 月 日 あん摩・マッサージ師 住所 氏名 印 電話																															
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。 年 月 日 申請者 住所 長野県農協健康保険組合理事長殿 氏名 印 電話																															
委 任 欄	上記の金額の受領方を事業主 名称 氏名 殿に委任します。																															
同 意 記 録	被保険者氏名 印																															
	同意医師の氏名	住 所			同意年月日		傷病名		要加療期間																							
	同意医師の氏名	住 所			同意年月日		傷病名		要加療期間																							

記入上の注意

1. 初回請求の際は医師の施術同意書を添付してください。
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を記入してください。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書は、実際に医師から同意を得ている場合は添付せず、同意記録欄の記載に変えることも可。

表記、療養費支給申請書（ ）の申請について、下記代理人に委任します。

* 必ず本人が記入すること

受 取 代 理 人	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任し、受任者（代理人）が受け取り代理した給付金を委任者（被保険者）が引き受けます (〒 -) 被保険者 住所 _____	
	(請求者) TEL () - _____ (ふりがな) 氏名 _____ 印	
	(〒 -) 代理人 住所 _____ TEL () - _____ (ふりがな) 氏名 _____ 印	
欄 受 取 り 口 座	金融機関名 _____ 店舗名 _____	
	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号 _____
	ふりがな _____ 口座名義人 _____	
長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿		