

あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等

施術料補助請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)								家族コード		最終施術日						請求回数		補助額 (記入不要)						
													年号・年			月		日									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	4	1								0	0	R															

療養を必要とする理由	
------------	--

施術所証明欄							
<p>会員が補助を受けるため、お手数ですが、以下の証明をお願いします。 保険外診療が補助対象となります。また、他の助成があれば、それを除いた金額をご記入ください。</p>							
回数	施術日		領収金額	回数	施術日		領収金額
1	R	. .	円	10	R	. .	円
2	R	. .	円	11	R	. .	円
3	R	. .	円	12	R	. .	円
4	R	. .	円	13	R	. .	円
5	R	. .	円	14	R	. .	円
6	R	. .	円	15	R	. .	円
7	R	. .	円	16	R	. .	円
8	R	. .	円	17	R	. .	円
9	R	. .	円	18	R	. .	円
療養者氏名			上記のとおり保険外診療の施術料を領収しました。				
			なお、当施術所は保健所への開設届が受理済であることを証明します。				
住所							
施術者	氏名	☎	電話番号				

上記のとおり請求します。 ※ 領収書の添付ではなく、施術所での証明が必要です。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 最終施術日の翌月末までに提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)

所属電話番号 () -