

支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当者
	支給額								
	支給内訳	法定							
	付加					備考	支給期間		日間

療養費支給申請書(平成30年10月分) (あんま・マッサージ用) 第 回 目

\*添付書類: 領収書、同意書(1回目申請時及び、一同意における支給可能期間を超えて更に施術を受けるとき)

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号	11	フリガナ	ケンボ タロウ	性別	男	続柄	本人	療養を受けた者の生年月日	昭・平22年12月2日生
		番号	12345	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		女				
発病又は、負傷の原因及びその経過 (原因については、各自の思い当たることをご記入下さい) 経過											
高血圧 麻痺残存											

発病又は負傷の年月日は平成28年1月頃日で、その負傷等は(1,業務上 2,第三者行為 3,その他)である

施術内容欄	初めて施術を受けた年月日	平成30年10月6日	施術(通院)の期間	平成30年10月6日から平成30年10月28日までの	実日数	5日	(実際の施術日は、下記表に○、◎を記入)	請求区分	新規・継続		
	負傷名又は症状	脳梗塞 右片麻痺						転帰	継続・治癒・中止・転医		
	マッサージ	躯幹	340円×	5回=	1,700円						
		右上肢	340円×	5回=	1,700円						
		左上肢	円×	回=	円						
		右下肢	340円×	5回=	1,700円						
		左下肢	円×	回=	円						
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円						
	温電法	80円×	5回=	400円							
	温電法・電気光線器具	円×	回=	円							
往療料 4kmまで	円×	回=	円								
往療料 4km超	円×	回=	円								
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円								
費用額計							5,500円				
施術日	通院○往療◎	10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								

\* マッサージ師より記入いただいでください。

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。 平成 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 所在地〒	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
	免許登録番号 _____ 氏名 _____ ④ tel _____		

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いたします。 平成30年11月1日 申請者(被保険者) 住所 〒144-00xx 東京都大田区羽田空港○-○-○ 日本航空健康保険組合 理事長 殿 氏名 健保 太郎 ④ 勤務先tel 03-3747-0000
-----	---

同意記録	(再)同意医師の氏名	同意医師の住所	(再)同意年月日	傷病名	要加療期間
	日航 翼	東京都大田区蒲田○-○	平成30年10月2日	脳梗塞・右片麻痺	~

委任状	上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します		受付日付印 特例退職(保険証記号30)及び、任意継続(保険証記号19)の方は記入不要
	所在地 事業所 名称 事業主名称印	事業主証明印を、事業所健保窓口にて 押印いただきます	
	(委任者氏名印)	被保険者の署名・捺印が必要です	