

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書		
支給額	円			

療養費支給申請書 (〇〇年4月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
			2	-	9	9	9	9	〇〇年4月2日	脳出血による筋麻痺
	(フリガナ) ニッピ キョウコ					続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 日 飛 今日子					男 女		脳出血による後遺症		
昭・平 ××年×月×日生					1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他		○業務上・外、第三者行為の有無			
							1. 業務上 2. 第三者行為である 3 その他			

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続
	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰
	マ	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">「施術内容欄」・「施術証明欄」は施術者に 記入・押印をもらってください。</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">【記載内容の訂正方法】 訂正するときは二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し 訂正者の氏名 (サイン) または認印を押してください。</p>			・ 転医
	変 形				要
	温				た
	温 罨 法				場
	往 療				合
	往 療				に
	施 術 (前 回)				記
施 術 日	入				
通 院 ○	・ 日				
往 療 ○	・ 日				
施 術 証 明 欄	上 記	9 30 31	住 所 地		
免 許 登 録 番 号	年 月 日	所 在 地			
	あん摩マッサージ指圧師	施 術 所 名			
		施 術 者 名	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。				
	〇〇年 4月 18日		〒 123-4567		
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿		被 保 険 者 住 所 横 浜 市 〇 〇 区 〇 〇 町 〇 - 〇 〇 - 〇		
被 保 険 者 個 人 番 号 (被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 を 記 入 し た 場 合 は 不 要)		被 保 険 者 (請 求 者)		氏 名 日 飛 康 人 電 話 045-×××-××××	
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
	「同意記録」は施術者に記入してもらってください。				

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・ 初めてかかった時の請求には医師からの同意書 (原本) が必要です。6ヶ月を超える場合は再度同意書 (原本) が必要です。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合のみ) >

医師の同意書 (原本)     施術報告書 (写し)     往療状況確認表     1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

2020. 4. 1