

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 (年 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)			
	-							年 月 日						
	(フリガナ)							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							男 女			○業務上・外、第三者行為の有無			
昭・平 年 月 日生							1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			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								
					継続・治癒・中止・転医								
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日							
		右 上 肢	円×	回=	円								
		左 上 肢	円×	回=	円								
		右 下 肢	円×	回=	円								
		左 下 肢	円×	回=	円								
	変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日 往療を必要とした理由							
	温 罨 法	円×	回=	円									
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具	円×	回=	円									
	往 療 料 4 km まで	円×	回=	円									
	往 療 料 4 km 超	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 通院○ 往療◎	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											
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							
	年 月 日				所在地								
	免許登録番号 _____ 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。					
	年 月 日	日本飛行機健康保険組合理事長 殿				〒 -
	被保険者 住 所			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) (請求者)		
	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
			年 月 日		

<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