

*支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	室長	グループ長	担当者
	支給額									
	支給内訳	法定								
	付加					備考	支給期間			日間

<記入例>

療養費支給申請書(平成26年 4月分) (あんま・マッサージ用) 第 1 回目

(添付書類を添えて、ご申請下さい) *添付書類:領収書の原本、初療(初診)時、医師の同意書

被保険者証の 記号・番号	記号 11	番号 12345	療養を受けた者の氏名 ふりがな けんぼ たろう 健保 太郎	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	
施術内容等について、ご記入下さい	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 順調に回復					
	発病又は負傷の年月日は平成23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					
	初めて施術を受けた年月日 平成26年 4月 6日	施術(通院)の期間 平成26年4月6日から 平成26年4月30日までの	実日数 10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 左片麻痺				転帰 継続治療・中止・転移	
	マ ッ サ ー ジ	躯 幹	275 円×	10 回=	2,750 円	
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	275 円×	10 回=	2,750 円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	275 円×	10 回=	2,750 円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	
温 罨 法	80 円×	10 回=	800 円			
温罨法・電気光線器具	円×	回=	円			
往療料 2kmまで	円×	回=	円			
加算(km)	円×	回=	円			
上記費用金額の合計金額				9,050 円		
施術日 通院○往療◎	4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、その費用を徴収いたしました。 平成 年 月 日		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		
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26年5月 3日 申請者(被保険者) 住所 〒144-0000 大田区羽田空港0-0-0 氏名 健保 太郎 押印してください 自宅tel 03-3747-0000 日本航空健康保険組合 理事長 殿 勤務先tel 03-1256-0000					
医師の同意について	同意医師の氏名 日航 翼	同意医師の住所 大田区蒲田0-0-0	(再)同意年月日 平成 26 年 4 月 4 日	傷病名 脳梗塞・左片麻痺	要加療期間 ~	
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 所在地 事業所 名称 事業主名称印 (委任者氏名印)				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。	

*マッサージ師より記入いただいでください。