

支給決議書	支給年月日	令和 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(令和6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	被保険者等 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・平令 2年3月4日生
		番号 12345	療養を受けた者の氏名 健保 太郎	女		
	※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください					
	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 (原因については、各目の思い当たることをご記入下さい) 経過 高血圧 麻痺残存					
発症又は負傷の年月日は平成・令和 6年 9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						
施術した場所(入居場所や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記載)						

施術内容欄	初療年月日	平成・令和 6年 10月 3日	施術期間	令和6年10月1日から 令和6年10月31日までの	実日数 3日	請求区分 新規・継続																											
	傷病名及び症状	脳梗塞 右片麻痺				転 帰 継続・治癒・中止・転医																											
	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
			施術回数	3回	3回	回	3回	回																									
		通所	1,350	円×	3	回=	4,050	円																									
		訪問施術料 1		円×		回=		円																									
		訪問施術料 2		円×		回=		円																									
		訪問施術料 3 (3人~9人)		円×		回=		円																									
	訪問施術料 3 (10人以上)		円×		回=		円																										
	温罨法(加算)		円×		回=		円																										
温罨法・電機高専器具(加算)		円×		回=		円																											
変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																										
	施術回数	回	3回	回	3回	回																											
		470	円×	6	回=	2,820	円																										
特別地域(加算)		円×		回=		円																											
往療料		円×		回=		円																											
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円×		回=		円																											
費用額合計		6,870					円																										
施術日	訪問1①		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
	通所②																																
	往療③	10月			○					○																							
往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他())																																	

*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。	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
	令和 年 月 日	あんま マッサージ師	所在地〒	
	免許登録番号	氏名	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。
	令和 6年 11月 1日 申請者(被保険者) 住所 〒144-00〇〇 大田区羽田空港〇-〇-〇
	氏名 健保 太郎 自宅tel 03-5640-〇〇〇〇
	日本航空健康保険組合 理事長 殿 勤務先tel 03-3747-〇〇〇〇

同意記録	(再)同意医師の氏名	(再)同意医師の住所	(再)同意年月日	傷病名	要加療期間
	日航 花子	東京都大田区大森〇-〇〇	令和 6年 10月 1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
	所在地 事業所名称 事業主名称 (委任者氏名)	事業所健保窓口にて 事業主証明をいただいでください 被保険者の署名が必要です
		特例退職及び任意継続の方は記入不要