

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						支給期間	日間		
付加							備考				

療養費支給申請書(令和 8 年 7 月分) (あんま・マッサージ用) 第 1 回目

*添付書類;領収書、同意書または診断書(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	被保険者資格の記号・番号(※)	記号	11	フリガナ	番号	12345	療養を受けた者の氏名	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・令 2 年 3 月 4 日生
	※マイナンバーの健康保険証から「資格情報」またはKW21-Connectから「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、各自の思い当たることをご記入下さい) 経過													
	脳梗塞 高血圧 麻痺残存													
発症又は負傷の年月日は平成・令和 8 年 5 月 頃 日で、その負傷等は(1.業務上 2.第三者行為 3.その他(高血圧症))である														
施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所地と異なる場合に記載)														

施術内容欄	初療年月日	平成・令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	実日数	日	(実際の施術日は下記表に記入)	請求区分	新規・継続																								
	傷病名及び症状							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	(頸幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																								
		通所	施術回数	回	回	回	回	回																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×	回=	円																												
		訪問施術料 1	円×	回=	円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																												
		訪問施術料 2	円×	回=	円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																												
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円×	回=	円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																												
		訪問施術料 4 (10人~19人)	円×	回=	円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																												
		訪問施術料 5 (20人以上)	円×	回=	円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																												
温罨法(加算)		円×	回=	円																													
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円×0.5×	回=	円																														
温罨法・電気高専器具(加算)	円×	回=	円																														
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円×0.5×	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	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
施術回数	回	回	回	回																													
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円×	回=	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																														
明細書発行加算	円×	回=	円																														
合 計				円																													
※ 集中率90%以上の施設等入居者(80%低減対象)【該当の場合〇】																																	
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	
通所〇	訪問2②																																
往療〇	訪問3③																																
訪問4④	訪問5⑤																																
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、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他())																																	

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。	令和 年 月 日	あんま マッサージ指医師 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		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します。	令和 8 年 7 月 31 日	申請者(被保険者)	住所 〒 144-00〇〇 大田区羽田空港〇-〇-〇	自宅tel 03-5640-〇〇〇〇
	日本航空健康保険組合 理事長 殿	氏名	健保 太郎	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 8 年 7 月 1 日	脳梗塞	令和8年7月1日 ~令和8年12月31日

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	特例退職(記号30) 任意継続(記号19) の方は記入不要
	被保険者の署名が必要です			