

受付年月日	年 月 日	支給額	円	決裁				

2026年7月改定

療養費支給申請書（ 〇 年 〇 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号					○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過		
	2	9	9	9	9	〇〇〇〇年 〇月 〇日		脳出血による筋麻痺 / 脳出血による後遺症		
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)					続柄	○業務上・外、第三者行為の有無		
		日飛 今日子					妻	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())		
	XXXX 年 XX 月 XX 日生						○施術した場所（施設等に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）			
施術内容欄	初療年月日		施術期間			室日数		請求区分		
	施 術 内 容 欄									
	施 術 料									
温										
温										
変※										
特										
往 療										
施 術										
明 細										
※集中療										
施術日									0 31	
通所○										
往療◎										
○往療又は									)	
施術証明欄	上記○									
	免許登									
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。									〒 123 - 4567
	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日									横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇
同意記録	日本飛行機健康保険組合理事長 殿									氏名 日飛 健人 電話 045 - XXX - XXXX
	同意記録は施術者に記入してもらってください									