

|                                 |             |        |        |                                  |                                      |                 |
|---------------------------------|-------------|--------|--------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>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)                    |                 |
|                                 | 記号          | 番号     |        | 年 月 日                            |                                      |                 |
|                                 | 会社          |        |        |                                  | 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  | (フリガナ) | 男<br>女 | 1.本人<br>2.配偶者<br>3.子<br>4.その他( ) | 業務上・外、第三者行為の有無<br>有(業務上・第三者行為・その他)・無 |                 |

|   |               |     |      |                     |     |   |      |         |     |
|---|---------------|-----|------|---------------------|-----|---|------|---------|-----|
| あ<br>ん<br>ま<br>マ<br>ッ<br>サ<br>ー<br>ジ<br>指<br>圧<br>欄 | 初療年月日         | 年月日 | 施術期間 | 自・令 年 月 日～至・令 年 月 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 新規・継続   |     |
|   | 傷病名又は症状       |     |      |                     |     |   | 円    | 円       | 転 帰 |
|   | マ ッ サ ー ジ     | 軀 幹 | 円×   | 回=                  | 円   | 円 | 円    | 新 規・継 続 |     |
|   |               | 右上肢 | 円×   | 回=                  | 円   | 円 | 円    | 転 帰     |     |
|   |               | 左上肢 | 円×   | 回=                  | 円   | 円 | 円    | 新 規・継 続 |     |
|   |               | 右下肢 | 円×   | 回=                  | 円   | 円 | 円    | 転 帰     |     |
|   |               | 左下肢 | 円×   | 回=                  | 円   | 円 | 円    | 新 規・継 続 |     |
|   | 変形徒手矯正術       | 円×  | 回=   | 円                   | 円   | 円 | 円    | 転 帰     |     |
|   | 温 罨 法         | 円×  | 回=   | 円                   | 円   | 円 | 円    | 新 規・継 続 |     |
|   | 温罨法・電気光線器具    | 円×  | 回=   | 円                   | 円   | 円 | 円    | 転 帰     |     |
|   | 往 療 料 4 km まで | 円×  | 回=   | 円                   | 円   | 円 | 円    | 新 規・継 続 |     |
|   | 往 療 料 4 km 超  | 円×  | 回=   | 円                   | 円   | 円 | 円    | 転 帰     |     |

|                       |                          |             |         |                       |
|-----------------------|--------------------------|-------------|---------|-----------------------|
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 | 令和 年 月 日    | 保健所登録区分 | 1.施術所所在地 2.出張専用施術者住所地 |
|                       | 免許登録番号                   | あん摩マッサージ指圧師 | 所在地     | 所在地                   |
|                       | 施術者名                     | 施術者名        | 施術者名    | 電話                    |

|                       |         |     |         |        |     |       |
|-----------------------|---------|-----|---------|--------|-----|-------|
| 同<br>意<br>記<br>録<br>欄 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 初診同意年月日 | 再同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|                       | 前回      |     |         |        |     |       |
|                       | 今回      |     |         |        |     |       |

|                                 |                               |          |          |
|---------------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>申<br>請<br>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 年 月 日 | 被保険者 所属  |
|                                 |                               |          | (請求者) 住所 |
|                                 | 三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合          |          | 氏名       |
|                                 | 理事長 殿                         |          | 電話       |

|             |  |          |             |                             |          |
|-------------|--|----------|-------------|-----------------------------|----------|
| 同<br>意<br>書 | 私は記健保組合が療養費の支給に関する情報提供(当該医療機関等)の受けることに同意します。 | 令和 年 月 日 | 委<br>任<br>状 | 私は下記の者を代理人と定め医療費の受領方を委任します。 | 令和 年 月 日 |
|             | 住所   |          |             | 被保険者氏名                      |          |
|             | 被保険者氏名                                       |          |             | 受領代理人<br>(組合届出済氏名)          |          |

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は、「暦月」単位として作成してください。
- 二重線内(「施術内容欄」「施術証明欄」「同意記録」)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、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- <提出の流れ> 本人 → 会社[事業所(健保窓口)] → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)  
**(必須)受診者が明記された領収書(原本)を添付してください。(領収印及び施術所名等があるもの)**  
<その他添付書類(該当する場合)>  
医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療内訳表

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。 <R40401>