

被 保 険 者 記 入 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																											
	(フリガナ)				1.本人																													
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名				2.配偶者		業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無																											
					3.子		有 (業 務 上 ・ 第 三 者 行 為 ・ そ の 他) ・ 無																											
	昭・平・令 年 月 日生				4.その他 ()		施 術 し た 場 所 (入 居 施 設 や 住 所 地 特 例 等 、 保 険 証 住 所 地 と 異 な る 場 合 に 記 載)																											
施 術 内 容 欄	施 術	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数				請 求 区 分																				
		令和 年 月 日				自・令 年 月 日～至・令 年 月 日				日				新 規・継 続																				
		傷 病 名 又 は 症 状				転 帰																												
						継続・治癒・中止・転医																												
		マッサージ(施術料)				同意部位 施術回数		軀 幹		右 上 肢		左 上 肢		右 下 肢		左 下 肢		摘 要																
						回		回		回		回		回		回																		
		通 所				円×				回＝		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)				円×				回＝		円																						
		温 罎 法 (加 算)				円×				回＝		円																						
		温 罎 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加算)				円×				回＝		円																						
		変形徒手矯正術(加算) ※温罎法との併施は不可				同意部位 施術回数		右 上 肢		左 上 肢		右 下 肢		左 下 肢																				
						回		回		回		回		回																				
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)				円×				回＝		円																								
合 計														円																				
施 術 日		訪 問 1①																																
通 院 〇		訪 問 2②																																
往 療 〇		訪 問 3③																																
		月																																
往 療 又 は 訪 問 の 理 由 (1.独 歩 に よ る 公 共 交 通 機 関 を 使 っ て の 外 出 困 難 2.認 知 症 や 視 覚 、 精 神 障 害 な が 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 領 収 し ま し た 。										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																		
		令和 年 月 日										所 在 地																						
		免 許 登 録 番 号										あん摩マッサージ指圧師				施 術 所 名																		
																施 術 者 名 ⑩ 電 話																		
同 意 記 録		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 保 険 者 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 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 意 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)を受けることに同意します。										委 任 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														令和 年 月 日																		
		住所														被 保 険 者 氏 名																		
		被 保 険 者 氏 名														受 領 代 理 人 (組 合 届 出 済 氏 名 印)																		

<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は、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)

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。