健康保険 [✓ 被保険者] 家　族 ①

療養費支給申請書（令和　XX年　XX

① いずれかに○
② 申請が被扶養者に関するときは記入
③ 該当する場合、記入

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合　御中　　　提出

被保険者記入欄	被保険者	下記のとおり、療養費の支給を申請します。なお、私が在職中である場合は、事業主を代理人と定め、							
		記号	XX	番号	XXXX	氏名	健　康　太　郎		
	②	会社名※4	△　△　△　△　株式会社			所属※4	○○本社・支社　○○部・支店　○○ 課(G)・営業所		
	申請が家族に関するときはその家族の	氏名				生年月日	昭・平・令　年　月　日	歳	続柄 (例)長男
	発病又は負傷年月日		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）			③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)			
	平・[✓令]　XX年　XX月　XX日		脳梗塞による阿伸麻痺						
	発症又は負傷の原因及びその経過					① 業務上・外、第三者行為の有無			
	経過良好（分かる範囲で記入）					有（業務上・第三者行為・その他）・[✓ 無]			
	同意書	私は、貴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。 令和　XX年　XX月　XX日　住所　〒XXX－XXXX　○○○県○○○○　1234番地 被保険者氏名　健　康　太　郎							

施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	
	令和　年　月　日		令　年　月　日　～　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	
	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	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　罨　法　（							
		温罨法・電気光							
		変形徒手矯正術（ ※温罨法との併施							
		特　別　地　域							
	往療料								
	施術報告書交付料（前回支								
	合　計						円		

二重線枠内は、あんまマッサージ指圧師記入欄

被保険者は記入しない

施術日	訪問1①	月	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
通院○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

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、その費用を領収しました。 令和　年　月　日 免許登録番号　　あん摩マッサージ指圧師	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 所在地 施術所名 施術者名　㊞　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						

＜記入にあたっての注意事項＞

※1 申請書は、**「暦月」単位**として作成してください。

※2 **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。

※3 ＜提出の流れ＞本人 → 会社[事業所(健保窓口)] → 健康保険組合　(※任意継続被保険者の場合は、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)

※4 任意継続被保険者の方は「会社名」「所属」の記入は不要です。

＜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は、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。