

被保険者 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)  
被扶養者

被 保 険 者 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)	
	-		年 月 日			
	(フリガナ)		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	男・女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )		○業務上・外、第三者行為の有無	
S・H・R 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	H・R 年 月 日	自:H・R 年 月 日～至:H・R 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続	
	傷 病 名 又 は 症 状				転 帰	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日
	温 罨 法	円×	回=	円		
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円		
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円		
	往療料 4 km超	円×	回=	円	往療を必要とした理由	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			
合 計				円		

施術日 通院○ 往療◎	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
-------------------	---	---

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. 出張専門施術者住所地
	年 月 日	所在地	
	免許登録番号	施術所名	
	あん摩マッサージ指圧師	施術管理者名 電話	

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、支給金額の受領を事業主に委任します。	
	令和 年 月 日	〒 -
同 意 記 録	三菱重工健康保険組合 理事長 殿	被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 電話
	同意医師の氏名	住 所

同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
		年 月 日		

<記入にあたっての注意事項>  
 ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。  
 ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)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。  
 <添付書類>※①は必須、②～⑤は該当する場合のみ添付  
 ① 施術に要した費用の領収書 (原本)  
 ② 医師の同意書 (原本) ③ 施術報告書 (写し) ④ 往療状況確認表 ⑤ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

健 保 記 入 枠	支給決定額	常務理事	事務長	担 当	健 保 受 付
	円 × 0.7 0.8 = _____ 円				