被保険者
家　族

療養費支給申請書　（令和　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄					
○記号番号			○事業所名		
―					
施術を受けた者	フリガナ		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	○発病又は負傷年月日	
	氏　名			年　月　日	
	性　別	男　女　枝番	○施術した場所	○業務上・外、第三者行為の有無	
	生年月日	昭　平　令　年　月　日		1．業務上　3．その他 2．第三者行為である	

施術内容欄								
初療年月日	施術期間					実日数	請求区分	
年　月　日	年　月　日　～　年　月　日					日	新規	継続
傷病名及び症状							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	※施術管理者以外が施術した場合に記入
	通所	円×　回＝　円						施術者氏名
	訪問施術料１	円×　回＝　円						施術日
	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人以上）	円×　回＝　円						
	温　罨　法（加算）	円×　回＝　円						
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×　回＝　円						
	変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢		
		施術回数	回	回	回	回		
		円×　回＝　円						
	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　月分）		円×　回＝　円						
合　計		円						

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

往療又は訪問の理由：1. 独歩による公共機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害による外出困難　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. 出張専門施術者住所地
令和　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ます。		
令和　年　月　日		〒　－
首都圏デジタル産業健康保険組合理事長　殿	被保険者（申請者）	住所
		氏名　電話

振込先	
健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座へ振込を希望する場合は下記に☑を入れてください。	
☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。	

同意記録				
同意医師の氏名	住　所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

＜申請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。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
☐医師の同意書　☐施術報告書（写し）☐１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

首都圏デジタル産業健康保険組合

被保険者家族 **療養費支給申請書** （令和 ○○ 年 ○○ 月分） （あんま・マッサージ用）

被保険者欄			
○記号番号	9999 — 9999	○事業所名	㈱健保企画
施術を受けた者 フリガナ	ケンポ ハナコ	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	○発病又は負傷年月日
氏名	健保 花子	脳出血による右片麻痺	令和○○年○○月○○日
性別	男 女 枝番 01	○施術した場所	○業務上・外、第三者行為の有無
生年月日	昭 平 令 ○○年○○月○○日	自宅 横浜市西区北幸○－○○－○○	1．業務上 3．その他 2．第三者行為である

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	日	新規 継続
傷病名及び症状			転帰 継続 治癒 中止 転医

施術内容欄							
施術料 マッサージ（施術料）	同意部位	駆幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘要
	施術回数	回	回	回	回	回	※施術管理者以外が施術した場合に記入
通所	円× 回＝ 円						施術者氏名
訪問施術料１	円× 回＝ 円						施術日
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人以上）	円× 回＝ 円						
温罨法（加算）	円× 回＝ 円						
温罨法・電気光線器具（加算）	円× 回＝ 円						
変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	同意部位	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢		
	施術回数	回	回	回	回		
	円× 回＝ 円						
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 月分）	円× 回＝ 円						
合計	円						

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

往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害による外出困難 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. 出張専門施術者住所地

令和 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ます。

令和○○年○○月○○日 〒 220 － 0004

首都圏デジタル産業健康保険組合理事長 殿

被保険者（申請者） 住所 横浜市西区北幸○－○○－○○

氏名 健保 太郎 電話 090-0000-0000

振込先

健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座へ振込を希望する場合は下記に☑を入れてください。

☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。

同意記録

同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
医師 五郎	横浜市西区南幸○－○○－○○	令和○○年○○月○○日	右片麻痺	

＜申請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。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

☐医師の同意書 ☐施術報告書（写し）☐１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

首都圏デジタル産業健康保険組合