別添2（別紙4）

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄

○被保険者の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
	年　月　日	

療養を受けた者の氏名		続柄	
	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 男・女		○業務上・外、第三者行為の有無 （ 1.業務上 2.第三者行為 3.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）
	昭・平・令　年　月　日生		

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　　）年　月　日	自・令和　年　月　日 ～ 至・令和　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

被保険者がご記入ください（緑色欄）
被保険者欄/申請書・委任状/同意記録

施術者がご記入ください（オレンジ欄）
施術内容欄/施術証明書欄

施術料	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
マッサージ（施術料）					回	回

通所		円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円
訪問施術料 1		円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円
訪問施術料 2	円×　回＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　回＝	円
訪問施術料 3（3～9人）	円×　回＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　回＝	円
温罨法（加算）	円×　回＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　回＝	円
温罨法・電機光線器具（加算）	円×　回＝	円
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　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
（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×　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
明細書発行加算		
合計		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
※往療を必要とした場合に記入
往療日　・　・　・　日
往療を必要とした理由

施術日	訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○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、内部、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

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

〒　－
住所

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

氏名　　電話

申請欄・委任状

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。また支給される金額の受領を事業主委任いたします。（任意継続被保険者を除く）
また私は、今回申請した療養費について、健康保険法に基づき保険給付の支給決定をするための参考として、貴健康保険組合が医療機関等に対して、内容紹介を行うこと、および医療機関等が照会の回答をすることを同意します。
令和　年　月　日

〒　－
申請者（被保険者）　住所
氏名　　電話

コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長　殿

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		

＜記入にあたっての注意事項＞　＊申請書は申請者本人（被保険者）が作成し暦月を単位
＊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
※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（原本）　□施術報告書（写し）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

こちらの欄も必ず内容をご確認ください。

また、医師の同意があり一定の条件を満たす場合に限り、あんま・マッサージの施術についても給付の対象になります。
詳細は健保HPをご確認ください。

問い合わせ先　コスモエネルギーグループ健康保険組合　現金給付担当　TEL.03－6745-6122【2026年7月版】

常務理事	事務長	担当

支給金額

健保受付印