令和６年１０月施術分から使用する申請書です

療養費支給（あん摩・マッサージ）の申請手続きについて

１．支給条件

筋麻痺・関節拘縮等の症状が認められ、治療上、あん摩・マッサージの施術が必要だと医師が同意し、健保組合がやむを得ないと認めた場合に限ります。

２．提出書類

		提出書類	注意事項
必須書類	1	療養費支給申請書 （あん摩・マッサージ用）	健保所定フォーマット ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	2	領収証の原本	
	3	医師の施術同意書	医療機関で発行 ※医師の同意期限内（６ヶ月）で２ヶ月以上施術が継続する場合、 ※同意書は１回目の申請は原本、２回目以降はコピーを添付してください。 ６ヶ月を超える場合は、改めて医師の施術同意書の交付（施術継続の再同意）を受けることが必要です。 【医師の同意書の有効期限】 医師の同意を受けた日が月の１日～１５日の場合：５ヶ月後の末日まで有効 医師の同意を受けた日が月の１６日～末日の場合：６ヶ月後の末日まで有効 ※変形徒手矯正術については医師の同意を受けた日から起算し １ ヶ月有効のため、毎月原本を添付ください。
該当の場合	4	施術報告書	施術継続の再同意のため 1. の施術内容欄の「施術報告書交付料」が算定されていた場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	5	１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書	初療１年以上経過していてかつ１月間の施術を受けた回数が月１６回以上の場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	6	訪問施術総括表	訪問施術料４・５が算定されている場合は添付ください（コピー可）
	7	振込先の通帳のコピー	退職後に申請する場合はご提出ください（任継・特退加入者は提出不要）

３．支給額　　・被保険者（本人）　７割（７０歳以上の方は７割または８割）相当額
・被扶養者（家族）　７割（義務教育未就学児童は８割、７０歳以上の方は７割または８割）相当額

４．支給日　　申請書が届いた月から４ヶ月以降の末日（休祝日の場合は前日）となります。
※各医療機関からの請求内容（レセプト）を受領するまで、３ヶ月程度かかります。
請求内容（レセプト）と突合後、医療機関等へ照会することもありますので、
お支払いまでに６ヶ月以上かかる場合もあります。
※支給が決定した場合には、ヘルスアップF@mily「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書」にて通知します。
※会社によっては支給日が異なる場合があるため、各社人事勤労担当部門へご確認ください。

５．書類提出先

送付先は下記をご確認ください。
https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html
富士通健康保険組合 HP ＞ ホーム ＞ 書類の提出先（ページ最下段右）

富士通健保　送付先　検索

６．時　効（申請期限）　　療養に要した費用を支払った日の翌日から２年間

７．連絡事項　　・暦月ごとに申請してください。
・健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以　上

2026.8.25

療養費支給申請書

あん摩・マッサージ用（令和６年１０月施術から

記入に関する注意事項

：　年　月　日

申請者の記入欄

被保険者	記号		番号	氏名	
受療者氏名		年齢（施術日時点）	歳	続柄	
傷病名		発病・負傷年月日	年　月　日		
発病・負傷原因（詳細を記載）	※いつ、どこで、どのように発病・負傷したか詳細に記入				
業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	はい・いいえ		
施術期間	年　月　日　～　年　月　日	日間			
施術に要した費用	円				

すべて記入してください

上記のとおり申請いたします。なお、健保組合への申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します。

富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、
また、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

必ず記入してください　署名　住所

氏名　※被保険者氏名を記入

施術所（あんま・マッサージ指圧師）記入欄

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	令和　年　月　日～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

施術した場所（入居施設や住所地特例等、自宅住所地と異なる場合に記載）　　摘要

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）	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　4（10 人～19 人）	円×	回＝	円
訪問施術料　5（20 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		
明細書発行加算	円×	回＝	円		
合計			円		

施術日 通所○ 往療◎ 訪問①～⑤	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

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．出張専門施術者住所地
住所	
氏名	電話

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

【事業所記入欄】

担当者名	備考欄

2026. 8. 25

療養費支給申請書
あん摩・マッサージ用（令和６年１０月施術から使用）

記入日：　　年　　月　　日

申請者の記入欄

被保険者	記号		番号	氏名	
受療者氏名		年齢（施術日時点）	歳	続柄	
傷　病　名		発病・負傷年月日	年　月　日		
発病・負傷原因（詳細を記載）					
業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	はい・いいえ		
施　術　期　間	年　月　日　～　年　月　日	日間			
施術に要した費用	円				

上記のとおり申請いたします。なお、健保組合への申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します。

富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、
また、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

住所

署名

氏名

施術所（あんま・マッサージ指圧師）記入欄

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	令和　年　月　日～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
施術した場所（入居施設や住所地特例等、自宅住所地と異なる場合に記載）			摘要

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）	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　4（10 人～19 人）	円× 回＝	円
訪問施術料　5（20 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			
明細書発行加算	円× 回＝	円			
合計		円			

施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
通所〇 往療◎ 訪問①～⑤																	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

〇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

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. 出張専門施術者住所地
住　所	
氏　名	電　話

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

【事業所記入欄】

担当者名	備考欄

2026.8.25

（領収書貼付用）

領収書貼付

この用紙に領収書を貼り付けてください。

■枚数が多い場合や、裏面にも明細などの記載がある場合には、
内容がわかるようにホチキス留めしてください。

■治療用装具・治療用眼鏡・弾性着衣の申請で領収書に内訳記載が無い場合は、
明細書や購入したものが分かる書類も添付してください。

≪注意事項≫
・領収書などの添付書類は原則返却できません。自治体の助成を受ける等の理由で、
健保への申請後に必要となる場合は、あらかじめご自身でコピーをとってからご提出ください。

≪自治体の助成を受ける方へ≫
・助成の申請には、通常「領収書のコピー」と支給月の「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書」が必要になります。
「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書」は、ヘルスアップ F@mily から支給月の通知をPDF で印刷し、ご利用ください。
・助成を受けている方は、原則健康保険組合に届け出が必要です。
「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。
※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認ください。
（ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき）