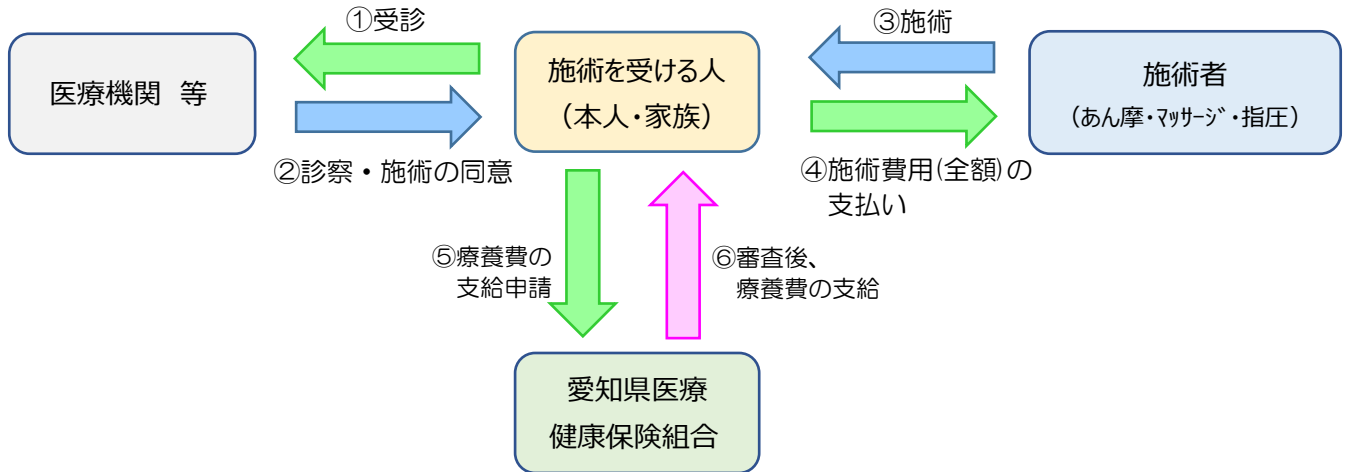


健康保険 療養費支給申請書【あん摩、マッサージ・指圧用】記入例

当組合は償還払い（全額立て替え払い）方式となります。
医師の同意を得て、あん摩・マッサージ・指圧の施術を受けた場合は、1カ月単位で申請を行ってください。

【償還払いの流れ】



療養費(あん摩・マッサージ・指圧)の支給要件

慢性病であって医師による適正な治療手段がなく、治療上の効果があると医師が認めた場合に限られます。

※本人が希望して施術を受ける場合には、健康保険の対象とはなりません。

■対象となる疾病

◆筋麻痺 ◆関節拘縮

※あん摩・マッサージ・指圧は病名によることなく、症状に対する治療となります。

筋肉が麻痺して自由に動けないなどの症状が対象。(疲労回復や疾病予防などは不可)

■医師があん摩・マッサージ・指圧の施術について同意していること

療養費の支給を受けるためには、医師の同意書（原本）が必要となります。

また、初診の日から6カ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、医師の再同意書の交付が必要になります。（変形徒手矯正術は1カ月毎に同意が必要です。）

●同意の有効期限は次のとおりです。

・初診日、再同意日が月の1日～15日まで ⇒ 5カ月後の末日まで有効

・初診日、再同意日が月の16日～末日まで ⇒ 6カ月後の末日まで有効

※「同意または再同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治医とすること。」となっております。

■支給に関する注意事項

●単なる肩こりや筋肉痛、疲労回復を目的とした施術は支給対象外になります。

●支給対象の疾病であっても、同日に医療機関において医療上のマッサージを受けている場合は、支給対象外になります。

●健康保険法で認められた治療と料金に基づいて支給額を算出します。
（支払った費用（10割）すべてが支給対象であるとは限りません。）

■組合からのお願い

当組合では、療養費の適正な支給を行うため、受診内容の確認、医師へ照会する場合があります、申請から支給までに時間を要することもありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

■申請書は1ページです。

①左側（被保険者記入用）

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方が記入してください。

②右側（あん摩・マッサージ・指圧師記入用）

施術を受けたあん摩・マッサージ・指圧師に記入を依頼してください。

■必要書類

①領収書の 原本	施術に要した費用の領収書の 原本 を添付してください。
②医師の同意書の 原本	初回の場合は、医師の同意書の 原本 を添付してください。（初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対し有効） 有効期限後の施術分には「医師の再同意書」の 原本 を添付してください。 但し、変形徒手矯正術は1カ月毎に同意書が必要です。
③施術報告書の写し	施術者から施術報告書を貰い受けた時は、写しを添付してください。
④往療内訳書の写し	往療料が発生する場合は、施術者が記入した往療内訳書の写しを添付してください。

●上記必要書類の他、以下に該当する場合は追加で添付してください。

第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※ 【当該傷病にかかる初回申請時のみ】
被保険者が亡くなり、家族の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。

左 側

①

被保険者の情報を正確に記入してください。
記号・番号は保険証に記載してあります。

被保険者が亡くなられての申請の場合は、
申請される方の氏名、住所、電話番号を記入
してください。

（振込口座も同様です。）

②

被扶養者（家族）が受診した場合は記入して
ください。

③

療養を受けた医療機関等に、文書等により
当該申請内容について照会する場合があります。

必ず同意書欄を記入してください。

④

振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、
正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従
来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、
振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種
別・口座番号をご記入ください。

被保険者
家 族

療養費支給申請書

（あん摩・マッサージ・指圧用）

令和 3 年 7 月 18 日提出

被保険者が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号	記号 1 2 3 番号 3 2 1 0	② 被保険者 の氏名 生年月日	健保 太郎 昭和 54 年 12 月 30 日		
	③ 被保険者の 現住所	〒000-0000 電話 000 (000) 0000 名古屋市中区〇〇町1-1 △△マンション101				
	④ 事業所名称	医療法人 〇〇会				
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。					
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 57 年 11 月 15 日	被保険者 との続柄	妻
	⑥ 傷病名	筋委縮		⑦ 発病又は 負傷年月日	平成 30 年 7 月 10 日	
	⑧ 発病又は負傷 の原因 (詳細に記入)	い つ・・・ 不詳 ど こ・・・ 不詳 どのように・・・ 不詳				
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ				
	⑩ 業務中に発生したものです	はい ・ いいえ				
	⑪ 施術を受けた 施 術 所	名 称	〇〇〇〇鍼灸院			
	所 在 地	名古屋市中区△△町2-10				
⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください)	令和 2 年 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 【 4 日間】				
⑬ 同 意 書 欄	保険給付決定が必要が生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することになります。 被保険者氏名 健保 太郎 ※ 同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。					
※ 同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。	（フリガナ） 振込希望 銀行の口座	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇	振込 信用金庫 本店 支店	普通 当座 貯蓄	店番 口座 番号	〇〇〇 1234567
	口座名義人氏名（被保険者） フリガナ	ケンボ タロウ				
※ 被保険者のマイナンバー記載欄	氏 名	健保 太郎				
	代理人 (口座名義人)					
	氏 名	フリガナ				

※

※ 被保険者（申請者）以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。