

健康保険組合	理事長・常務理事	所属長	担当者	受付年月日	決定年月
記入例					

療 費 請求書(あんま・マッサージ用)
 療 養 費
 第二家族療養費

パナソニック健康保険組合 理事長 殿 事業所 氏名 ○○ ○○ 電話 ○○-○○○○-○○○○

被保険者証の記号・番号	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	保健 保子
受療者氏名(生年月日)	健保 一夫 (昭和26年12月25日生)	施術の期間	自 27 年 12 月 5 日 8 日間 至 27 年 12 月 29 日
傷病名	脳内出血後遺症、四肢麻痺	施術に要した費用	25,400 円
傷病の原因及びその経過	脳出血で片麻痺となり、かかりつけの医師に医療上必要とのことで指示された		
第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出	業務上、または通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
上記のとおり請求し、ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。	<p>パナソニック健康保険組合が医療機関の事実の有無や行われた療養等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。</p> <p>平成 28 年 1 月 5 日 (〒○○○-○○○)</p> <p>住 所 ○○県○○市○○町○番○号</p> <p>被保険者氏名(請求者氏名) 保健 保子</p> <p>電 話 ○○ (○○○○) ○○○○</p>		
喪失(予定)者記入欄	<p>※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)</p> <p>(フリガナ) (フリガナ)</p> <p>(金融機関コード) (店番コード)</p> <p><input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 出張所</p> <p>普通 口座番号 月ごとの最終受療日に施術者へ記入を依頼してください。</p> <p>※請求者名義の口座に限る</p>		

施術者(あんま・マッサージ指圧師)記入欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転 帰																																																													
	平成27年12月5日	平成27年12月5日 ~ 平成27年12月29日	8日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																																																													
	傷病名及び症状詳細 脳内出血後遺症、四肢麻痺																																																																	
	<table border="1"> <tr> <td>マッサージ</td> <td>躯幹</td> <td>円 ×</td> <td>回 =</td> <td>円</td> <td rowspan="5">摘 要 〈往診の理由〉 四肢麻痺のため 歩行不可能</td> </tr> <tr> <td></td> <td>右上肢</td> <td>275 円 ×</td> <td>8 回 =</td> <td>2,200 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>左上肢</td> <td>275 円 ×</td> <td>8 回 =</td> <td>2,200 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>右下肢</td> <td>275 円 ×</td> <td>8 回 =</td> <td>2,200 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>左下肢</td> <td>275 円 ×</td> <td>8 回 =</td> <td>2,200 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>変形徒手矯正術</td> <td>円 ×</td> <td>肢 ×</td> <td>回 =</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>温罨法</td> <td>円 ×</td> <td>回 =</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>温罨法・電気光線器具</td> <td>円 ×</td> <td>回 =</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>往療料</td> <td>2kmまで</td> <td>1,800 円 ×</td> <td>8 回 =</td> <td>14,440 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>加算(km)</td> <td>円 ×</td> <td>回 =</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>25,400 円</td> </tr> </table>				マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要 〈往診の理由〉 四肢麻痺のため 歩行不可能		右上肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円		左上肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円		右下肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円		左下肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円		変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円		温罨法	円 ×	回 =	円			温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円			往療料	2kmまで	1,800 円 ×	8 回 =	14,440 円			加算(km)	円 ×	回 =	円		合 計				25,400 円
マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	摘 要 〈往診の理由〉 四肢麻痺のため 歩行不可能																																																													
	右上肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円																																																														
	左上肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円																																																														
	右下肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円																																																														
	左下肢	275 円 ×	8 回 =	2,200 円																																																														
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円																																																													
	温罨法	円 ×	回 =	円																																																														
	温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円																																																														
	往療料	2kmまで	1,800 円 ×	8 回 =	14,440 円																																																													
		加算(km)	円 ×	回 =	円																																																													
	合 計				25,400 円																																																													
	施術日	通院○ 往療○	12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。	住所(所在地)	大阪府○○市○○町○番○号
	平成 27 年 12 月 29 日	施 術 所 名	守口○○鍼灸院
	あんまマッサージ指圧師	氏 名	守口 一夫
		電話	(06) 1111 - 1111

同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	記入者氏名
	大阪 一郎	大阪府○○市○○町○番○号	平成27年12月1日	脳内出血後遺症 四肢麻痺		守口 一夫

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

平成 28 年 1 月 10 日 事業所所在地 ○○県○○市○○町○番○号

受 任 者 事業所名称 パナソニック○○株式会社

会社立替のときは「1」を記入→ 事業主氏名 ○○ ○○

健保記入欄	SEQ	本人・家族	支給期間	実日数	元 金 額	支給決定金額
		本・家				
備考欄	初療で新規請求の場合は医師の同意書が必須。継続請求で医師の同意書が得られない場合は、施術者が医師の同意を得てこの同意記録欄に記入でも可。ただし同意書添付から1年を超える場合は、新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。					

＜添付書類(原本を添付)＞
 ・医師の同意書(初療と変形徒手矯正術は同意書必須、再同意は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可。ただし同意書添付から1年を超える場合は、新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。)
 ※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。

あんまマッサージ療養費請求の留意事項

あんまマッサージの施術に対する療養費の支給に関しては、医師の同意が必要となります。あんまマッサージは筋麻痺、片麻痺等の緩和措置や、関節拘縮や筋萎縮が起こっているところに、その制限されている関節可動域の拡大と筋力増強を促し、症状の改善を目的とする医療マッサージが対象となります。

<p>支給対象傷病</p>	<p>筋麻痺、関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする症例</p>
<p>支給対象とはならない場合</p>	<p>保険医療機関に入院中の場合。 単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のためのマッサージである場合。</p>
<p>同意書について</p>	<p>要加療期間(3ヶ月以内)または初療日/再同意日から最長3ヶ月 初療日/再同意日が1～15日:当該月の翌々月の月末 初療日/再同意日が16～31日:当該月の3ヶ月後の月末</p> <p style="text-align: center;">〔 例1) 10/15初療日/再同意日→12/31まで有効 例2) 10/16初療日/再同意日→1/31まで有効 〕</p> <p>【注意】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師であること。(「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項について」平成22年5月24日 保医発第0524第4号) ただし主治医が学会等で長期不在の場合は、同院、同診療科の医師でも可 ・初療は医療機関等で受診のうえ同意書が必須 ・継続(再同意)は施術者が医師に同意を得て請求書に記載でも可ただし同意書添付から一年を超える場合は新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。 ・初療、継続ともに遡っての同意は不可 <p>※変形徒手矯正術は初療日/再同意日から最長1ヶ月で、医師の同意書が必須</p>