

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ)の手引き 家 族

保険適用となる症状があり、医師が治療の必要性を認めた場合に限り、施術費用を全額立て替えた場合は「療養費」として支給を受けることができます。

## 申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください

- 支給申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。
- 被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

## 添付書類をご用意ください

### ● 「医師の同意書」（原本）

- “変形徒手矯正術なし”の場合、初回 および 長期治療の場合は更新月
- “変形徒手矯正術あり”の場合、毎月更新

### ● 「施術報告書」（写し）

施術者から医師への報告書となります。

初回同意を除く、長期治療の場合の更新月に「医師の同意書（原本）」と併せてご提出ください。

**④ 医師の同意のない施術は、健康保険の対象となりません。**

### ● 「領収書」（原本）

施術日毎に1枚、あるいは1ヵ月単位の場合は施術日が全て記載され、宛名は受診者のフルネームが記載されたものが必要です。

**ご提出された書類はいかなる場合でもご返却はできません。**

**確定申告等の申請などで必要と思われる場合は、ご提出前に必ずコピーをお取りになっておいてください。**

## 申請にあたっての注意事項

- 暦月ごとに申請してください。
- 当健保において、審査のうえ支給決定を行います。医療機関との併用確認等のため、支給の決定は施術月より3ヵ月以上かかります。
- 治療内容等について受診者・医療機関に照会を行う場合があります。
- 保険医の同意がある施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります

初療日または同意日	有効期間
15日まで	5ヵ月後の末日
16日以降	6ヵ月後の末日

常務理事	検印	担当



決定年月日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (あんま・マッサージ)

1 2 3  
退職者(申請者)記入用

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	住所	〒 -		
	電話番号 (日中の連絡先)	☎ ( )		
	<input type="checkbox"/> パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は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。( <input type="checkbox"/> に✓を入れてください)			

チェックシート (注) 申請前に必ずチェックを行ってください。

「領収書」の原本は、施術日毎に1枚、あるいは1ヵ月単位の場合は施術日が全て記載され、宛名は受診者のフルネームが記載されていますか？

「同意書」の原本について  
 <初めて申請される場合>  
 筋麻痺・片麻痺・関節拘縮・筋委縮等で医療上のマッサージが必要と判断された同意書ですか？  
**※ 単なる肩こり、疲労回復、慰安等、本人の希望により書いてもらった同意書は対象になりません。**

<長期治療の場合> **6ヵ月毎に同意書を提出されていますか？**

2枚目の施術者(あんま・マッサージ指圧師)記入欄に記入漏れはありませんか？

今回の申請が、工作中、通勤途中、相手のいる事故等ではないですか？

3枚目の給付金振込口座を確認済ですか？ **任意継続被保険者あるいは特例退職被保険者の方は記入不要です。**

健保受付印

健保記入欄	SEQ	本人・家族	請求年月	施術日	元 金額	支給決定金額
		本・家	年 月	日	千 円	千 円

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(あんま・マッサージ)

令和6年9月施術分まで使用

今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

被保険者記入欄

1. 受診者 (被保険者氏名, 被扶養者名, 生年月日, 昭和/平成/令和)
2. 傷病名 (発病または負傷年月日, 平成/令和)
4. 傷病の原因およびその経過 (詳しく) (病気, ケガ, 不明, その他)

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, 申請区分 (新規・継続, 転帰)
傷病名及び症状詳細
マッサージ (躯幹, 右上肢, 右下肢, 左上肢, 左下肢)
変形徒手矯正術
温罨法
温罨法・電気光線機具
往療料 (4kmまで, 4km超)
施術報告書交付料
費用総額
施術日 (通院/往療), 1-31

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。
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
住所(所在地), 施術所名, 氏名, 電話番号

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

