

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2～4ページ目です。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、被保険者ご自身をご記入ください。
- 被保険者が亡くなっている場合は、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 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 毎月更新

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

● 「施術報告書」（写し）

施術者から医師への報告書となります。
6カ月更新のため、「医師の同意書（原本）」と併せて提出ください。

Ⓜ 医師の同意のない施術は、健康保険の対象となりません。

● 領収書の原本

受診者名・診療年月が記載されたもの

提出された書類はいかなる場合でも返却はできません。

必要と思われる場合には、提出前にあらかじめコピーを取っておいてください。

申請にあたっての注意事項

- 毎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カ月以上かかります。
- 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

常務理事	検印	担当

B

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
被保険者(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
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	〒	—	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	☎	()	
<input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。また、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。また、支給申請書は人事手続き窓口にご提出ください。

被 保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 受療した日にちが確認でき、受診者の氏名が明記されている領収書の原本を貼付していますか？
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 施術者(はり師・きゅう師)記入欄に記入漏れはありませんか？

事 業 主 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 申請書に下記の書類が添付されていますか？ <input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) ※初療及び更新時 <input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) ※更新時 <input type="checkbox"/> 領収書・領収明細書
	<input type="checkbox"/> 今回の申請が、労災、通勤災害、第三者行為に該当されないことを確認済ですか？
	<input type="checkbox"/> 被保険者記入欄に記入漏れはありませんか？ ※特に「傷病の原因およびその経過」は、支給審査に必要な情報です。“不明”や“未記入”の場合は、必ず現在の状況や症状を記入いただいでください。
	<input type="checkbox"/> 2枚目の給付金振込口座を確認済ですか？(在職者は事業所振込となります)

事 業 主 証 明 欄	ご申請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方法で受け取ります。 令和 年 月 日
	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している
	事業所所在地 事業所名称 事業主(代理人)氏名 事業所コード()
	本件問合せ連絡先 (問合せに必要ですので、必ず記入してください) 部署・担当者名 電話連絡先
記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で末梢のうえ、証明者の氏名をご記入ください	
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	1. 被保険者 氏名 2. 被扶養者 名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日
2. 傷病名		3. 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
4. 傷病の原因 および その経過(詳しく)	1. 病 気 2. ケ ガ 3. 不 明 4. その他			

施術者(はり師・きゆう師)記入欄

初療年月日	施 術 期 間	実日数	申 請 区 分	
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	日	新規・継続	
傷病名及び症状詳細			転 帰 継続・治癒・中止・転医	
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 × 回 = 円	摘 要	
	右上肢	円 × 回 = 円		
	右下肢	円 × 回 = 円		
	左上肢	円 × 回 = 円		
	左下肢	円 × 回 = 円		
変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 = 円			
温 罨 法	円 × 回 = 円			
温罨法・電気光線機具	円 × 回 = 円			
往 療 料	4kmまで	円 × 回 = 円		
	4km超	円 × 回 = 円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円 × 回 = 円			
費 用 総 額	円			
施術日	通院○ 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◎			

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。	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所
令和 年 月 日	住所(所在地)	
免許登録番号	施 術 所 名	
あんまマッサージ指圧師	氏 名	
	電 話	()

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

