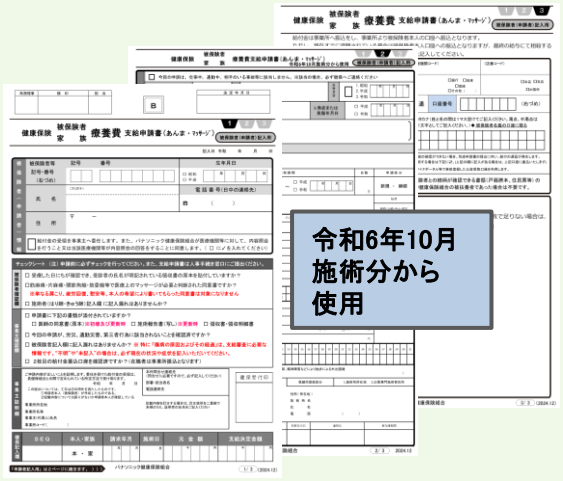
健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ）の手引き

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　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

- 歴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

常務理事	検　印	担　当

B

決 定 年 月 日

健康保険　被保険者 家　族　療養費　支給申請書（あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ）

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

被保険者等 記号・番号（右づめ）	記号　　番号	生年月日 ☐昭和 ☐平成　　年　　月　　日
氏　名	（フリガナ）	電話番号（日中の連絡先） ☎　　（　　）
住　所	〒　　ー	

☐ 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。（ ☐ 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

☐ 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？

☐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

☐ 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

☐ 申請書に下記の書類が添付されていますか？

☐ 医師の同意書（原本）**※初療及び更新時**　☐ 施術報告書（写し）**※更新時**　☐ 領収書・領収明細書

☐ 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？

☐ 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てください。**

☐ 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の用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

「申請者記入用」は２ページに続きます。 〉〉〉

健康保険　被保険者 家族　療養費支給申請書（あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ）

令和6年10月施術分から使用

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

被保険者記入欄

☐ 今回の申請は、仕事中、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

1.受診者	☐1.被保険者 ☐2.被扶養者	氏名		生年月日	☐1. 昭和 ☐2. 平成 ☐3. 令和　年 月 日
2.傷病名		3.発症または負傷年月日			☐ 平成 ☐ 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	（原因及び経過を具体的に）			

5.施術した場所（健保に届出している住所と異なる場合に記載）

施術者（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	日数	申請区分
☐ 平成 ☐ 令和　年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和　年 月 日 ～ ☐ 平成 ☐ 令和　年 月 日	日	新規 ・ 継続
傷病名および症状詳細			転帰：継続・治癒・中止・転医

施術料	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	摘要
マッサージ	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人から9人）	円 × 回 ＝	円
訪問施術料3（10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）※温罨法との併術は不可	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
費用総額		円			

施術日　訪問1①　訪問2②　訪問3③　通所○　往療◎　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

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。

令和　年 月 日

免許登録番号　あんま・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

住所（所在地）
施術所名
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

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ）

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。
ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

❶振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

☐1. 在職中（**給付金の受領を事業主へ委任します**）

☐2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中

☐3. 令和　年　月　日退職

「3」に該当する方のみ、❷をご記入ください ➡

❷資格喪失者の口座

コード番号	（金融機関コード）	（店番コード）
金融機関名称	☐銀行 ☐金庫 ☐信組 ☐その他（　）	☐本店 ☐支店 ☐出張所
預金種別	普通	口座番号 □□□□□□□（右づめ）
口座名義人	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）◆被保険者名義の口座に限る	
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用する場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) ☐マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	

㊟ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（戸籍謄本、住民票等）の提出が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【 領収書貼付 】

施術を受けた領収書を、内容がわかるように重ねずに貼り付けてください。１枚で足りない場合は、数枚に分けて貼付けてください（はずれないようにしっかり貼付けてください）