

あんま・マッサージの申請について

・必ず要する書類

『療養費支給申請書』 申請者(被保険者)が記入してください。

『施術内容証明書』 施術者(マッサージ師)が記入してください。

『領収書原本』 (全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)

・該当する場合の書類

『医師の施術同意書(原本)』

※初回並びに初療日から6カ月を超えて引き続き、あんま・マッサージを受けようとする場合または1カ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合は必ず『同意書』を添付してください。

(注意)

健康保険の給付を受ける場合には、施術前に医師の同意が必要となります。この同意には有効期限があり、有効期限が終了した場合は、再度医師の診察の上、再同意を受けることが必要となります。

『施術報告書(写し)』

※施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者が発行した『施術報告書』の写しを添付してください。

『往療状況確認書』

※往療の施術を受けた場合には、施術者へ『往療状況確認書』の記入を受け添付してください。

その他注意事項

※暦月ごとに申請してください

※当健保組合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、支給はおよそ施術月より4~5ヶ月後となります

-----お問い合わせ-----

同年月日	年 月 日					常務理事	事務局長	課長	係長	係
支給決定決議書	支給額	拾万	万	千	百	拾	円			
	種別	あんま マッサージ	合計				取得日	.	.	被扶養者 照合印
			一部負担金				喪失日	.	.	
			差引支給額					診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

健康保険 被保険者 被扶養者 **療養費支給申請書** (あんま・マッサージ用)
(年 月分)

▼▼▼へ記入上の注意
この申請書はあんま・マッサージの施術を受けて全額を支払っていただくための用紙です。
1ヶ月単位の申請はあんま・マッサージの施術を受けて全額を支払っていただくための用紙です。
被保険者の印は2カ所とも同じ印を押してください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証 記号・番号	(記号)	フリガナ	被保険者 氏名	昭和・平成 年 月 日		⑩	
		(番号)			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所 電話番号	(〒 -)			Tel ()			
	受診者が 被扶養者の場合	(対象者氏名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄		
	傷病名 または症状							
	発病または 負傷年月日	年 月 日	業務上・外 第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ※1.2の場合はお問い合わせ下さい				
	発病または 負傷の原因	(詳しく記入してください)						
	施術を受けた 施術所	名称						
		所在地						
施術を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)							

年 月 日

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め療養費の受領方を委任します。	
	本人 住所 (被保険者) 氏名	⑩
	代理人 事業所 (事業主) 所在地 氏名	⑩

受付日付印

※退職した方のみ、ご記入ください。

金融 機関名	銀行	支店	口座番号	普・当
	信金 信組		フリガナ 氏名	

【添付書類】 要【別紙】参照

- 施術者が作成した「**施術内容証明書**」(原本)
- **施術料の領収書**(原本) (全額自己負担の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)
- 医師の「**同意書**」(原本) (有効期限は6ヶ月)
※初回及び6ヶ月超の再同意の際は新たな同意書が必要です。
- 「**施術報告書(写し)**」・・・施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合

施術内容証明書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

マ ッ サ ー ジ 師 記 入 欄	被保険者証 記号と番号	(記号) (番号)	施術を受けた 者の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日												
	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	転帰										
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医										
	傷病名又は症状																
	マ ッ サ ー ジ		躯 幹	円×	回 =	円	(摘 要)										
			右上肢	円×	回 =	円											
			左上肢	円×	回 =	円											
			右下肢	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・電気光線器具		円×	回 =	円												
	往療料 4kmまで		円×	回 =	円												
往療料 4km超		円×	回 =	円													
施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		円×	回 =	円													
合 計				円													
施術日 通院○ 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
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地												
	年 月 日			施術所 所在地 名称													
	(免許登録番号) あん摩マッサージ指圧師 氏名			電話													
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所		同意年月日		傷病名	要加療期間										
				年 月 日													

※往療の場合は、往療内訳書等を添付してください。