

【あん摩・マッサージの療養費申請について】

昭和電線健康保険組合

1. あん摩・マッサージの療養費の対象

医療上必要と医師が認めたとうえで行われたあん摩・マッサージのみ、療養費として申請できます。筋麻痺の緩解措置としての手技や、関節拘縮・筋萎縮などにより制限されている関節の可動域の拡大と筋力増強を促すマッサージが対象です。また保険対象として施術を受ける場合は、一定期間ごとに医師の診察と同意が必要です。
(対象となる主な症状:脳血管障害等の麻痺による半身麻痺・半身不随など)

2. 療養費の申請方法

①施術後、施術料の全額(10割)を支払い、毎回必ず「領収証」を受領してください。

②1ヶ月毎に「療養費支給申請書」をあん摩・マッサージ・指圧師に作成いただき、申請欄に被保険者の署名・捺印のうえ、領収証等必要書類を添えて健保組合へご提出ください。

昭和電線健康保険組合 行												
健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用)												
被保険者証記号番号		被保険者氏名			居住所							
-		平			〒 月 日 丁目 番 号							
被保険者記入欄	療養を受けた者の氏名		姓・平	①	続柄	備考欄						
	性別	男	女	年	月	日	誕生日					
	発症または負傷年月日		発症または負傷の原因およびその経過									
1.業務上 2.交通事故などの第三者による行為 3.その他(1,2以外の場合)												
施術内容 あん摩・マッサージ・指圧師記入欄	施術年月日		年	月	日	不詳	施術時間			施術費		
	年		月	日	日	年	月	日	日	新規・継続	治療中	
	療養名及び症状詳細		備考欄							備考欄		
	マッサージ		脈診	円	×	回	=	円	備考欄			
			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	×	回	=	円	備考欄				
	電療法		円	×	回	=	円					
温電法・電気光線器具		円	×	回	=	円						
往療料 2kmまで		円	×	回	=	円						
加算(km)		円	×	回	=	円	合計					
合計		円				円						
施術日		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。								年	月	日
通院回		上記のとおり通院を行いました。								年	月	日
施術証明欄		あん摩・マッサージ・指圧師		所在地		氏名				印		
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		備考欄		要加療期間				
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		備考欄		要加療期間				
申請欄		昭和電線健康保険組合 殿		申請者(被保険者)		氏名				印		

①と③ 被保険者が記入するところ

② あん摩マッサージ指圧師に記入いただく項目

※最終的な給付決定は、申請書等の提出を受け、健保組合で審査を行った後になります。

※給付金は、事業主経由で支給されます。

申請日、被保険者の署名・捺印もお忘れなく

領収書を確定申告に使用したい場合は、「領収書返却希望」と明記したメモを付けて必ず原本をご提出ください。健保の受付印押印後コピーを取り、原本を返却します。※メモ等がない場合、領収書は申請書に貼付けて綴込保管するため返却できない場合があります。

3. 提出書類について …… 施術の期間が過ぎましたら、お早目にご提出ください

①療養費支給申請書(1ヶ月毎にまとめて)

初回申請には医師の同意書を添付、2回目以降は「療養費支給申請書」内に医師の同意記録が必要です。

■同意書の有効期限

- ・15日以前の同意…翌々月末まで有効(例:1月15日以前の同意は、3月末まで有効)
- ・16日以降の同意…3ヶ月後末まで有効(例:1月16日以降の同意は、4月末まで有効)

◎変形徒手矯正術を受ける場合は、毎月医師の同意が必要です。

②施術費用の領収書(必ず原本を提出してください)…領収書は下記の内容で発行して貰ってください。

- ・領収書の宛名は施術を受けた方のフルネーム。名字だけのものは個人の特定ができないため、受付不可。
- ・領収日(施術日毎)
- ・あん摩・マッサージ・指圧師の押印

●その他、申請について不明な点やご質問などございましたら、健康保険組合へご連絡ください。電話 044-366-7338

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書 (あん摩マッサージ用)

2016 年 4 月分第 1 回目

被保険者記入欄	被保険者証記号番号		被保険者氏名		現住所		
	51 - 197		健保 太郎		〒 210-0847 川崎市川崎区小田栄2-1-1		
	療養を受けた者の氏名		生年月日		続柄	傷病名	
	健保 富士子 昭 ・平 女		21 年 10 月 1 日生		母	脳出血による左片麻痺	
	発症または負傷年月日		発病または負傷の原因およびその経過				
2015 年 2 月 9 日・不詳		1. 業務上 2. 交通事故などの第三者による行為 3. その他 (1. 2. 以外の場合) 脳出血による後遺症が原因。経過観察中。					
施術内容(あん摩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
	年 月 日		自 年 月 日～至 年 月 日		日	新規・継続	治療・中止
	傷病名及び症状詳細					摘要	
	マッサージ		躯 幹		円 × 回 =	円	
			右上肢		円 × 回 =	円	
			左			円	
			右			円	
			左			円	
	変形徒手矯正術					円	
	温罨法					円	
	温罨法・電気光線器具					円	
	往療料 2kmまで					円	
	加算(km)					円	
						円	
	施術日		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				
通院○往療○		月					
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。				年 月 日	
		あん摩マッサージ指圧師 (免許登録番号)		所在地		氏名 印	
				氏名		電話	
				住所		同意年月日	
同意記録		同意医師の氏名		住所		同意年月日	
		同意医師の氏名		住所		同意年月日	
備考							
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。					2016 年 5 月 18 日	
	申請日、ご署名・捺印もお忘れなく!			申請者(被保険者) 氏名		健保 太郎 健保	
昭和電線健康保険組合 殿							

添付書類 : ①領収書原本(コピー受付不可)
②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可。