

【あん摩・マッサージ立替払い方式について】

不二サッシ健康保険組合

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。

不二サッシ健康保険組合 行

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

年 月 分第 回目

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 045-680-1630

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）

年 月 分 第 回目

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																				
			年 月 日																																						
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄		○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 ())																																			
男 ・ 女				○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																																					
		明・大・昭・平・令 年 月 日生																																							
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分																																
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続																																
	傷病名及び症状								転 帰																																
									継続・治癒・中止・転医																																
	施 術 料	マッサージ（施術料）		同意部位	(軀 幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																															
				施術回数	回	回	回	回	回																																
		通 所		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		訪問施術料 1		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		訪問施術料 2		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		訪問施術料 3（3人～9人）		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		訪問施術料 4（10人～19人）		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		訪問施術料 5（20人以上）		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		温 電 法（加 算）		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		温電法・電気光線器具（加 算）		円× 回＝ 円																																					
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5× 回＝ 円																																					
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		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																																							
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5× 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																																							
明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝ 円																																							
費 用 合 計		円																																							
※集中率90%以上の施設等入居者（80%減対象）【該当の場合○】									減減後合計額		円																														
施術日	訪問1①	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								
通所○	訪問2②																																								
	訪問3③																																								
	訪問4④																																								
往療◎	訪問5⑤																																								
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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																				
	令和 年 月 日															所在地																									
	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																		
													令和 年 月 日																												
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。																																								
	なお、この療養費の受領を 殿 に委任します。																																								
	令和 年 月 日																																								
不二サッシ健康保険組合理事長 殿															(被保険者) 氏名																										

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

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。