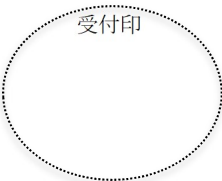


健保組合 処理欄	常務理事	事務長	係	係	支給額	受付整理No.		
					円	資格取得日	資格喪失日	
						平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
					施術回数	支払区分	決済年月日	支給予定日
					回目	7割・8割・9割	令和 年 月 日	令和 年 月 日



甲信越信用組合健康保険組合 御中
□被保険者
□被扶養者
療養費支給申請書 (令和 年 月分) (あん摩・マッサージ用) 第 回
(添付書類を添えて、ご申請下さい) *添付書類:領収書の原本、初療(初診)時医師の同意書

被保険者証の 記号・番号	記号		療養を受けた 者の氏名	フリガナ	続柄	療養を受けた者の生年月日	
	番号					昭・平 年 月 日生	
	発病又は、負傷の年月日原因及びその経過 (原因については、各自の思い当たることをご記入下さい)						
	第三者行為による傷病ですか?			☐ はい→「第三者による傷病届」を提出 ☐ いいえ			
	初めて施術を受けた年月日	施術(通院)の期間	令和 年 月 日から	実日数	(実際の施術日は、下記表に○、◎を記入)	請求区分	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで	日		新規・継続	
	負傷名又は症状					転帰	
						継続・治療・中止・転医	
	施術内容記入欄 (施術者記入)	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	
			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 電 法		円×	回=	円			
温電法・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			
施術報告料書交付料(前回支給: 年 月分)				円	合計	円	
施術日	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 * 通院した日には○、往診施術の日は◎を記載下さい						

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。	
	令和 年 月 日	
	あんまマッサージ指圧師の氏名	電話番号
	住所 〒	

医師の 同意に ついて	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
			令和 年 月 日				
							~

甲信越信用組合健康保険組合 理事長殿

上記の療養に要した費用に関し、療養費の支給を申請いたします。

尚、療養費は、下記銀行口座にお振込みをお願いいたします。

振込希望銀行名 支店名 口座番号 口座名義 (カタカナでご記入下さい)

信用組合 支店 普通・当座

被保険者の住所 〒 (申請者名義の口座)

被保険者氏名 電話番号()()()

同意書			(マッサージ療養費用)	
患者	住所			
	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月日
傷病名				
発病年月日	昭・平年 月 日			
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()			
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術			
施術の種類	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢			
往療	1. 必要とする 2. 必要としない			
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名				

証 書 添 付(原本)

以下の書類を貼り付けてください。場所が足りないときはもう一枚ご使用ください。

あんま・マッサージ院発行 療養費領収証の原本
施術報告書コピー（交付を受けた場合）
施術報告書交付料領収証の原本（支払った場合）
往療明細（発行された場合）

あん摩・マッサージの療養費申請にあたっての注意事項

1. 事前に医師の同意を得て健康保険組合の給付対象となる、「あん摩・マッサージ」の施術を受けた場合、厚労働省が定める基準等により定められた費用から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。同意書の有効期間は 6 か月です。その後も継続して施術を受ける場合には、再度医師の同意書が必要となります。初めて施術を受けた日または同意日が 1～15 日ならその月から 5 か月後の月末まで有効、16 日以降であれば 6 か月後の月末まで有効とします。 ※変形徒手矯正術の有効期間は 1 か月
2. 払戻しには被保険者の申請が必要です。申請は 1 か月(暦月)ごと 1 通を作成してください。
3. 「被保険者記入欄」は被保険者が、「施術内容・証明欄」はあん摩・マッサージ師が記入してください。
4. 申請書の添付書類は次のとおりです。
 - (1) 同意書の原本(初回必須。その後も再び同意を受けた場合に必須)
 - (2) あん摩・マッサージ院が発行した領収書の原本
 - (3) 「施術内容・施術証明」欄を空欄として別用紙にて証明する場合でも申請できますが、その場合は、同様の内容が記載されたあん摩・マッサージ師作成書類の原本が必要となります。施術を受けた日や金額など内容に間違いがないことを確認してください。
 - (4) 往療を受けた場合であん摩・マッサージ院が作る往療明細があれば、その原本
 - (5) 施術報告書の写しと、施術報告書交付料領収書の原本(医師の再同意のために、あん摩・マッサージ院が施術の内容や患者の状態等を記載した施術報告書を交付した場合)
5. 被保険者が記入するところの各項目について
 - (1) 傷病名は、医師の同意書に記載されている傷病名を記載してください。
 - (2) 「第三者による傷病ですか」の欄で、「はい」にチェックがされている場合、別に「第三者の行為による傷病届」が必要です。
6. 申請書等の訂正・修正について
訂正・修正印も原則押印不要となります。訂正・修正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。ただし、事業主や療養担当医師などが記入する証明欄につきましては、証明者の訂正であるという確認ができない場合も想定されるため(改ざんの可能性も想定されるため)、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
7. 振込先欄について
被保険者名義の口座をご記入ください。
8. その他
その他の事項は当健保組合までお問い合わせください。