

## 療養費支給（あん摩・マッサージ）の申請手続きについて

## 1. 支給条件

筋麻痺・関節拘縮等の症状が認められ、治療上、あん摩・マッサージの施術が必要だと医師が同意し、健保組合がやむを得ないと認めた場合に限りです。

※同じ症状により、医療機関で治療（投薬を含む）を受けたり、接骨院・整骨院で施術（柔道整復術）を受けた場合は適用不可。

## 2. 提出書類

提出書類		注意事項
必須書類	1 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ用)	健保所定フォーマット ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	2 領収証の原本	
	3 医師の施術同意書	医療機関で発行 ※医師の同意期限内(6ヶ月)で2ヶ月以上施術が継続する場合、 ※同意書は1回目の申請は原本、2回目以降はコピーを添付してください。 6ヶ月を超える場合は、改めて医師の施術同意書の交付（施術継続の再同意）を受けることが必要です。 【医師の同意書の有効期限】 医師の同意を受けた日が月の1日～15日の場合：5ヶ月後の末日まで有効 医師の同意を受けた日が月の16日～末日の場合：6ヶ月後の末日まで有効 ※変形徒手矯正術については医師の同意を受けた日から起算し1ヶ月有効のため、毎月原本を添付ください。
該当の場合	4 施術報告書	施術継続の再同意のため1.の施術内容欄の「施術報告書交付料」が算定されていた場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	5 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書	初療1年以上経過していかつ1月間の施術を受けた回数が月16回以上の場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください

## 3. 支給額

- ・ 8割相当額：70歳以上で自己負担額が2割の方または、義務教育未就学児童
- ・ 7割相当額：70歳未満の方（義務教育未就学児童を除く）または、70歳以上で自己負担額が3割の方

## 4. 支給日

申請書が届いた月から4ヶ月以降の末日（休祝日の場合は前日）となります。  
※各医療機関からの請求内容（レセプト）を受領するまで、3ヶ月程度かかります。  
請求内容（レセプト）と突合後、医療機関等へ照会することもありますので、お支払いまでに6ヶ月以上かかる場合もあります。

## 5. お振込み先

特例退職、任意継続にご加入の方は、保険料振替口座にお振込みとなります。

## 6. 書類提出先

〒211-0063  
神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3  
富士通健康保険組合 特例退職または任意継続担当 宛

## 7. 時効

(申請期限)

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年間

## 8. 連絡事項

- ・ 暦月ごとに申請してください。
- ・ 健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

## 療養費支給申請書

(特退・任継用)

あん摩・マッサージ用(令和6年10月施術から使用)

記入日: 年 月 日

申請者の記入欄	被保険者	記号	番号	氏名		
	受療者氏名	年齢(施術日時点)		歳	続柄	
	傷病名	発病・負傷年月日		年	月	日
	発病・負傷原因(詳細を記載)					
	業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	はい・いいえ		
	施術期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	
	施術に要した費用	円				
	上記のとおり申請いたします。					
	富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また、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。					
	住所 被保険者 氏名					

施術所(はり師・きゅう師)記入欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続										
	傷病名及び症状						転	帰										
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)						継続・治癒・中止・転医											
	摘要																	
	施術内容欄	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢									
			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～9人)	円×		回=	円											
			訪問施術料 3(10人以上)	円×		回=	円											
			温電法(加算)	円×		回=	円											
			温電法・電気光線器具(加算)	円×		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													
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														
合計						円												
施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
訪問1①																		
通所②		16	17	18	19	21	22	23	24	25	25	26	27	28	29	30	31	
往療③																		
①往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を介するの外出困難 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。 令和 年 月 日						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										
	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師						住所	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 _____					

## 領収書のり付け欄

この用紙に領収書を貼ってご提出ください。

《注意事項》

- ・領収書などの添付書類は原則返却できません。自治体の助成を受ける等の理由で、健保への申請後に必要となる場合は、あらかじめご自身でコピーをとってからご提出ください。

《自治体の助成を受ける方へ》

- ・助成の申請には、通常「領収書のコピー」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。  
「医療費のお知らせ」は、ヘルスアップ F@amily から支給月の通知を PDF で印刷し  
ご利用ください。
- ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に届け出が必要です。  
「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。  
※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認ください。  
(ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき)