

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、その必要性を健康保険組合が認めた場合に限りです。

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 ※2018年10月療養費支給基準改定により、有効期間が3ヶ月⇒6ヶ月(口頭での同意不可)へ変更。 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 |
| 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 |
| | 6 | 往療状況確認書 | 往療がある場合に必要です 〔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 |

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

施術月から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、医療機関等への照会等により、療養費のお支払いは、施術月から4ヶ月以降となります。

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。

以 上

療養費支給申請書

あんま・マッサージ用

(被保険者・家族)

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|----|--|-----|--|
| 常務理事 | | 事務局長 | | 課長 | | 担当者 | |
|------|--|------|--|----|--|-----|--|

| | | | | | | | |
|---------|--|------------------------|--------|--------|------------------------|-------|-----------------|
| 申請者の記入欄 | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | | |
| | 受療者氏名 | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 年齢 ※施術日時点を記入 |
| | 傷病名 | 発病・負傷年月日 | | | 平成 令和 | 年 月 日 | |
| | 発病・負傷原因 | いつ、どこで、どのようにして | | | | | |
| | 発病・負傷は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 日から 令和 年 月 日 日間 | | | | | |
| | 施術に要した費用 | 円 | | | | | |
| | 上記のとおり請求いたします。 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。 | | | | | | |
| | 年 月 日 被保険者 住所 氏名 | | | | | | |

| 施術所(あんま・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|---|-------|---------|-----------------------|------|-------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 平成・令和 | 年 月 日 | 自・平成・令和 | 年 月 日 | 日 | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術内容欄 | 傷病名又は症状 | | | | | 転帰 | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温罨法(加算) | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温罨法・電気光線器具(加算) | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可 | 右上肢 | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 左上肢 | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右下肢 | | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左下肢 | | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------|------|--------|--------|-----------------|
| 健保記入欄 | 施術年月 | 令和 年 月 | 本人家族区分 | 本人・家族・未就学・高7・高8 |
| | 日数 | 日 | 支給額合計 | 円 |

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。

(特退・任継用)

《ご注意》

- ・領収書は原則返却できません。
- ・但し、自治体の助成を受ける等のやむをえない理由で、領収書原本の返却が必要な場合は、「返却希望」と記入したメモを付箋等で付けてください。支払日以降にご返却させていただきます。

| | |
|----------|----------------------|
| 富士通太郎 様 | 返却希望 川崎市の助成を受けるため |
| 領 収 書 | |
| 20,000 円 | |
| | ○×病院 |

《自治体の助成を受ける方へ》

- ・助成の申請には、通常「領収書の原本」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。
- ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に申請が必要です。
「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)