

健 保 組 合 処 理 欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額	円				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
	7割・8割・9割			喪失	年 月 日	

豊田自動織機健康保険組合 御中

被保険者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用) (年 月分)
被扶養者 (第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	受療者氏名	続柄	生年月日	
	—			昭・平・令 年 月 日	
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか？		
	平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		
	傷病の原因及びその経過			施術に要した費用	
				円	
	再同意方法 (医師の同意書の添付がない場合のみ記入)				
	確認者	<input type="checkbox"/> 受療者 <input type="checkbox"/> 受療者の家族 <input type="checkbox"/> あん摩師 <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 指圧師 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	方法	<input type="checkbox"/> 電話(月 日) <input type="checkbox"/> 書面(月 日) <input type="checkbox"/> 診察日に口頭(月 日)			
	本紙(または添付)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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。また、豊田自動織機健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、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、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。				
令和 年 月 日		住 所			
			被保険者氏名	ⓑ 電話	
			(請求者氏名)		

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入)	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成・令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名(症状)				転帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マッサージ	駆 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	
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	
	温罨法	円 ×	回 =	円		
	温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
	往療	往療料 2kmまで	円 ×	回 =	円	
		加算 (km)	円 ×	回 =	円	
	合計				円	
施術日: 通院○ 往療◎ (月 施術分)						
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						
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。						
令和 年 月 日		所在地				
あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号		施術所名				
() 氏 名		ⓑ 電話				
同 意 記 録	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	
			平・令 年 月 日			
	再同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
			平・令 年 月 日			
事 業 主 記 入 欄	委任を受けた給付金の受領は、豊田自動織機健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。					
	受任者	所在地				
		事業所 名称				
		事業主名 ⓑ				

【提出の流れ】本人 → 会社 → 健保 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】①医師の同意書(原本)※ ②施術に要した費用の領収証(原本)

※『①医師の同意書』は初回申請時は添付が必要となります。(有効期間:3ヶ月) 2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『同意記録』の記載が必要となります。(ただし、「変形徒手矯正術」は『同意書』の毎回添付が必要)

(R1.5.1改訂)

■ あはき療養費 償還払い申請の流れ

(1) 医師の同意

医師から、「あん摩・マッサージ・指圧」または「はり・きゅう」の施術について同意を受けます。
(なお、初回申請時は『①(施術に対する)医師の同意書』の交付を受けます。)

注) 療養費の申請には、3ヶ月ごとに医師の同意を受けることとされています。

(2) 施術を受ける

施術所にて施術に要した費用の全額を支払い、『②領収証』の発行を受けます。

(3) 申請書の作成

施術を受けた月ごとに『療養費支給申請書※1』を作成します。

(なお、申請書は「あん摩・マッサージ・指圧用」「はり・きゅう用」と別になっています。)

※1『療・費支給・申請書』は健保ホームページまたは事業所の健保担当者より取得いただけます。

注) 申請書の作成にあたり、施術者に施術内容の証明をいただく必要があります。

申請書に直接記入いただくか、施術者保有の別途様式にて対応いただください。

(4) 申請書の提出

(3)で作成した『療養費支給申請書』に『①医師の同意書(原本)※2』と『②領収証(原本)』を添付し、
織機：工場総務(CO刈谷は直接健保組合) 経由
織機以外：事業所総務 経由
にて健保へ提出ください。

※2『①医師の同意書』は初回申請時は添付が必要となります。(有効期間：3ヶ月)

継続して施術を受け有効期間を過ぎた場合は再度医師の同意が必要となりますが、再度の『同意書』の添付は必要ないとされており(「変形徒手矯正術」を除く)、代わりに療養費支給申請書内の『同意記録』の記載が必要となります。

(5) 審査～支払い

健保にて、審査のうえ支給決定を行います。

締切日：毎月20日(20日が土日の場合はその前日)

支給日：20日までに健保組合に届いた分について翌々月給与支給日
(事業所により異なる場合あり)となります。

同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令 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. 駆幹 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	
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 ⑩</p>		

(R1.5.1改訂)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(マッサージ用)
(令和 年 月 分)

患者	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名		
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	
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢	
初療年月日	昭・平・令 年 月 日	
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)	

患者の状態の評価	評価日	平成・令和 年 月 日
----------	-----	-------------

基本動作	寝返り	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
	起き上がり	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
	座位	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
	立ち上がり	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
	立位	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助

前月の評価の有無	1. 有り 2. 無し
----------	-------------

前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)	1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大
-------------------------------------	----------------------------------

(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由)

上記のとおりであります。

令和 年 月 日

あん摩マッサージ指圧師氏名



診 断 書

(マッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
症 状 (主訴を含む)	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()	
令和 年 月 日		
保険医療機関名		
所 在 地		
保 険 医 氏 名		
⑩		

(R1.5.1改訂)