

療養費支給申請書（あん摩・マッサージ・指圧用）

年 月分

【提出人】王士林，执业药师，主任，会计师，健保（行业继承者）声援健康保险公会。

【添付書類】①医師の同意書（原本または複数）※1・3 ②施術に要する費用の領收証（原本） ③施術報告書（原本）※2

【専用申込書】 医師の同意書（原本もしくは写し）※1-2-2 (2) 旅費に必要な費用の領收証（原本） (3) 施術報告書（写し）※3

ただし、支形往來矯正術については同意書の有効期間は1ヶ月のため、午口「医師の同意書（医士）」の添付が必要です。

※2. 医師の同意書の有効期間中ににおける2回目以降の申請時には、「医師の同意書」(原本)の添付

※2 医師の同意書の有効期間内における2回目以降の中請時には、「医師の同意書」(写し)を添付
※3 施術報告書交付料の申請がある場合の3. 施術者より記入をうけた「施術報告書」(写し)を添付

※3 施術報告書交付料の中請がある場合のみ、施術者より支拂う。

※4 書き損じた場合は訂正箇所に訂正印を押して下さい				
健 保 欄 裁	決定事項	支給・不支給(理由)		
	対象者	被保険者・被扶養者・未就学児・高齢者(才割)		
	療養費	×0.	=	円
	付加金	×0.	-20,000=	円
	支給額			円
決 常務理事		事務長	GM	担当

键盘采样印

(R7.12.2改訂)

«療養費支給申請書 あん摩・マッサージ・指圧用 説明と注意事項»

1.支給を受けられる条件

医療上、施術を必要とする症例で、医師（主治医）が施術について同意していること。

<適応症>

筋麻痺・関節拘縮

下記の場合は支給対象外となります

- ・医師が施術について同意していない
- ・疲労回復や慰安目的
- ・仕事中や通勤中の負傷
- ・交通事故等の第三者行為による負傷（別途当健保へ届け出が必要）

本人の希望のみで施術を受ける場合は、健康保険の対象とはなりませんのでご注意ください。

2.添付書類

①医師の同意書（原本）

初回、及び有効期間（6ヶ月）を超えて引き続き申請する場合

（同意書の交付がない月は、同意書の写しを添付）

変形徒手矯正術については、同意書の有効期間が1ヶ月のため、毎月同意書が必要

[同意書の有効期間]

同意日	同意書の有効期間
1日から15日	同意月の5ヶ月後の末日まで
16日から月末	同意月の6ヶ月後の末日まで

②施術をした費用の領収書（原本）

③施術報告書（写し）

再同意の際、施術報告書の交付があり、交付料を申請する場合

④施術継続理由・状態記入書（原本）

初回の日から1年以上経過しており、1カ月間の施術回数が16回以上の場合

3.締切日と支給日

締切日：毎月20日（20日が土日の場合その前日）

支給日：20日まで届いた分について4ヶ月以降の給与支給日（事業所により異なる場合あり）となります。

※書類の不備や内容調査によって、支給が遅れる、もしくは一部または全額不支給となる場合があります。

あらかじめご了承ください。

4.提出ルート

本人 → 施術所 → 本人 → 会社 → 健保（任意継続者は直接健康保険組合へ）

5.マイナンバーで申請したい場合

健康保険組合までご連絡ください。

6.個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

7.お問い合わせ先

〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地

豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ

外線 0566-21-7784 内線 70-4611 音声ガイダンス②