

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

年 月 分

被保険者証等の記号・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		傷病の原因及びその経過		施術に要した費用	
平・令 年 月 日						円	
第三者行為による傷病ですか?		業務上による傷病ですか?		施術を受けた部位			
<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」 <input type="checkbox"/> いいえ を提出		<input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで <input type="checkbox"/> いいえ お問い合わせください					
施術を受けた場所		<input type="checkbox"/> 施術所 <input type="checkbox"/> その他(住所:)					
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、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。また、この申請書の写しも 有効であることに同意します。							
令和 年 月 日		住所		被保険者氏名 (請求者氏名)		電話	
★下記振込先は会社を退職した方(予定を含む)のみ記入ください							
振込先		銀行 信用金庫 農協		本店支店 出張所		預金種目	
銀行コード		支店コード		普通		口座番号	
口座名義 (被保険者名義のみ)		カタカナで記入		ゆうちょ銀行は振込用の店名・ 口座番号をご記入ください			
初療年月日		施術期間				実日数	
平成・令和 年 月 日		自) 令和 年 月 日 ~ 至) 令和 年 月 日				日	
						新規・継続	
		傷病名および症状				転帰	
						継続・治癒・中止・転医	
マッサージ(施術料)		同意部位		(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)
		施術回数		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		同意部位		(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
		施術回数		回	回	回	回
		円		×	回	=	円
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		訪問①		1		2	
通所②		訪問②		3		4	
往療③		訪問③		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			
往療または訪問の理由 (1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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)							
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。				保健所登録区分		1.施術所所在地 2.出張専門施術所所在地	
令和 年 月 日				〒 -			
所在地				所在地		所在地	
あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号				施術所名		電話	
() 氏名(自筆)							
同意記録		(再)同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日	
						令和 年 月 日	
						傷病名	
						要加療期間	

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)
- 【添付書類】①医師の同意書(原本もしくは写し)※1・2 ②施術に要した費用の領収証(原本) ③施術報告書(写し)※3
- 【注意事項】※1 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は、医師の診察を受けたうえで交付された「医師の同意書」(原本)を添付
 ただし、変形徒手矯正術については同意書の有効期間は1ヶ月のため、毎回「医師の同意書」(原本)の添付が必要
 ※2 医師の同意書の有効期間内における2回目以降の申請時には、「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み、施術者より記入をうけた「施術報告書」(写し)を添付

健 保 決 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	
	常務理事	事務長	GM	担当	

健保受付印

(R6.12.2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
 - ・仕事中や通勤中での負傷
 - ・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 施術要した費用の領収書（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される場合があります。

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 70-4612