

給付申請書名 **療養費支給申請書 ⑥**
(あんま・マッサージの施術を受けたとき)

目的 ◇あんま・マッサージの施術を受けて、自費(10割負担)でかかった場合の申請手続き。
◇申請により、健康保険負担分を還付する。

提出締切 ◇健保組合に月末までの到着分が翌月25日に支給される。(第一生命従業員は給与計上。任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金)
第一生命以外の会社の従業員は翌月25日以降に、所属の会社から支給される。

【記入見本】

【第一生命従業員(キャリアレーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中

① 被保険者 療養費支給申請書 (××年 ×月分) (あんま・マッサージ用)

② 被保険者証 記号 2 × × × × 番号 1 0 × × × × × × 所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要) ○ × 部 支社 会社 ○ △ 課 営業オフィス

被保険者(本人)氏名 第一 花子 男 資格取得年月日 S × × × × 年 × 月 × 日 資格喪失年月日 R 年 月 日

③ あんまマッサージ指圧師記入欄(施術者が記入する)

初療年月日 令和 × 年 × 月 × 日 施術期間 自 × 年 × 月 × 日 至 × 年 × 月 × 日 実日数 × 日 請求区分 新規 継続 転帰 継続・治癒・中止・転医

傷病名及び症状詳細 マッサージ 右 上 肢 円 × 回 = 円 左 上 肢 円 × 回 = 円 右 下 肢 円 × 回 = 円 左 下 肢 円 × 回 = 円

④ 療養を受けた者の氏名 第一 太郎 男 昭和 × × 年 × 月 × 日 被保険者との続柄 父

傷病名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ⑤ 左記傷病の原因は、事故によるものですか? (はい) いいえ

発病または負傷年月日 平成 × × 年 × 月 × 日 左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか? (はい) いいえ

施術の期間 令和 × 年 × 月 × 日から 令和 × 年 × 月 × 日まで 左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか? (はい) いいえ

傷病の原因・経過(どこで、どのような状況・原因・経過を詳しく記入) 突然手足が動かなくなった。脳出血による筋肉麻痺の後遺症が残っている。 施術に要した費用の額 6,900 円

⑥ 上記のとおり申請いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3) 令和 × × 年 × 月 × × 日

⑦ 被保険者(本人) 〇〇県〇〇市〇〇××1-1-△ 昭和 × × 年 × 月 × 日生 氏名 第一 花子

(注) 1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)を全て添付し、暦月ごとに申請してください。
2. 医師の同意書、意見書を添付してください。6ヶ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、診察のうえ、再同意書、施術報告書(写)の提出が必要です。
※変形徒手矯正術を受ける場合は、毎月医師の同意書の提出が必要です。
3. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です。(ご登録の保険料振替口座に支給します)
4. 初療の日から1年以上経過して、16回以上の施術を受けた場合は、『1年以上・16回以上施術継続理由・状態記入書』の提出が必要です。
5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります。
※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合は、診療を受けた日の翌日から2年で時効となります。)

健保組合処理欄

保険給付金	区分	同意書	施術報告書交付料	備考
円	本人 家族 六歳 高一 高7	有 無	有 無	
事務理事	事務長	担当	担当	入力者・入力日

R3.4

マル洩れ注意!

添付書類	<p>① 施術を受けるごとに発行される領収書すべて（原本） → 暦月ごとに申請書を作成する。</p> <p>② 医師の同意書または意見書（原本） → 医師が施術を認めた文書で、6ヶ月を超えて引き続き施術が必要な場合は医師の診察のうえ、6ヶ月毎に再同意書も必要。</p> <p>③ 再同意の際の施術報告書の写し → 医師の再同意にあたり、施術者が作成するもの</p> <p>④ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書の原本（該当する方のみ） → 初療日から1年以上経過しており、1ヶ月間で16回以上施術を行っている場合は提出する</p> <p>⑤ 往療料内訳書（該当する方のみ） → 往療料を申請する場合は提出する</p>
------	--

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	標題・施術年月	本人に関する申請時は“被保険者”に、家族の時は“被扶養者”に○を付ける。 施術した年月を記入する。
②	被保険者証の記号番号他	健康保険証の記号番号、被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
③	あんま・マッサージ師記入欄	あんま・マッサージ師に記入の依頼をする。
④	傷病名・発病又は負傷年月日・施術の期間	傷病名が不明の場合は、症状を記入する。
⑤	左記の原因は事故によるものですか？	交通事故・労災確認のため、はい又はいいえに○をする。
⑥	傷病の原因・経過・費用の額	傷病の原因を記入する。原因が不明の場合は、症状を記入する。 申請する月の施術費用の合計額を記入する。
⑦	上記のとおり申請いたします	本人が記入する。（記入日、住所、署名、押印、生年月日）

Q & A

Q 1. 継続して施術を受ける場合、医師の同意書または意見書はその都度必要ですか？

A 1. 当該疾患での初回受診時は必要です。

また、6ヶ月を超えて引続き施術が必要な場合は、医師の診察のうえ、6ヶ月毎に再同意書（原本）、施術報告書（写）の提出も必要です。

（変形徒手矯正術については1ヶ月毎の提出が必要です）

Q 2. 施術者が記入する欄は、申請書とは別に施術内容の記載のあるものを添付していれば申請できますか？

A 2. 申請書の内容が網羅されているものであれば、申請書に添付してご提出ください。