「あんま・マッサージ・指圧」の療養費申請の流れ

ご注意

あんま・マッサージ・指圧の施術は、医師の同意がある場合のみ健康保険が使えます。
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。
また、**医師の治療と同時に、健康保険を使って「はり・きゅう」の施術はできません。**

(1)医師の同意

医師から「あんま・マッサージ・指圧」の施術について同意を受けます。
（**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。）

(2)施術を受ける

施術所にて施術に要した費用を全額支払い「②**領収書**」の発行を受けます。
（施術費用を**一旦全額立替払い**します。）

(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**』の**被保険者記入欄**をご自身で記入します。
(『療養費支給申請書』は**《あんま・マッサージ・指圧用》**専用を使用してください。)

施術者に『療養費支給申請書』の**施術内容・証明欄**を記入していただきます。
（施術者保有の**別途様式**にて対応いただく場合、**施術内容・証明欄**にその旨を記入。）

(4)申請書の提出

(3)で作成した『**療養費支給申請書**』に以下必要書類を添付し、健康保険組合へ提出してください。

- **医師の同意書（原本）**
- **施術に要した費用の領収証（原本）**
- **施術証明書**(施術者保有の別途様式)が交付された場合は添付
- 施術報告書交付料(300円)が算定されている場合は施術報告書の写しを添付

初回申請時は必ず医師の同意書(原本)を添付してください。
継続して申請される場合は、再同意の有効期間にご注意ください。（下図参照）
新たに医師の同意証明書が発行された場合は必ず添付（原本）してください。

医師の同意を受けた日		有効期限
月の1日～15日の場合	→	5ヵ月後の末日まで有効
月の16日～末日の場合	→	6ヵ月後の末日まで有効

(5)審査～支払

健康保険組合にて**審査**のうえ**支給の可否、支給金額の決定**を行います。
原則、各月15日到着分を当月末にお支払い、または月末到着分を翌15日にお支払いします。

締切日		支払日
15日	→	当月末
月末	→	翌15日

（いずれも土日祝の場合はその前日）

トヨタ車体健康保険組合　御中　**記　入　例**　　令和　5　年　7　月　4　日申請

☑被保険者
□被扶養者

療養費　支給申請書　（あんま・マッサージ・指圧用）

（令和 5　年 6　月施術分　）

医師の同意を得て、あんま・マッサージ・指圧の施術を受けたときに提出してください。

被保険者記入欄

被保険者証　記号－番号	電話番号
1　－　12345	○○○－△△△△－××××　電話番号は日中連絡可能な連絡先

被保険者 氏名：健保　太郎

受療者氏名 氏名：健保　太郎

続柄	年齢	生年月日	発症・負傷年月日
本人	50	☑昭和 47年 7月 15日 □平成 □令和	□平成 5年 5月 7日 ☑令和

傷病名	傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください
筋麻痺	（いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入）

第三者行為等による傷病ですか？	業務上による傷病ですか？	施術に要した費用
□はい　⇒「第三者による傷病届」を提出 ☑いいえ	□はい　⇒申請前に健保組合までお問合せください ☑いいえ	※領収書の合計金額（月単位） 3,150 円

被保険者名義の振込先

給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です
（但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます）

施術内容・証明欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 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

					摘要
マッサージ	躯幹	円 ×	回 ＝	円	
	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　4kmまで		円 ×	回 ＝	円	
往療 加算　（　km		円 ×	回 ＝	円	
合計				円	

施術者記入欄

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。　電話

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

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
		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
		年　月　日		

《提出先》本人記入 → 施術所記入 → 本人 → **トヨタ車体健康保険組合**

【支払】　原則、各月 15日到着分を当月末に支払、または 月末到着分を翌15日に支払

【添付書類】・医師の同意書（原本）　・施術に要した費用の領収証（原本）　・施術証明書が交付された場合は添付

【注意事項】**※1　初回申請時は必ず医師の同意書(原本)を添付してください。**
※2　継続して申請される場合は、再同意の有効期間にご注意ください。（有効期限６ヶ月）
※3　新たに医師の同意証明書が発行された場合は必ず添付（原本）してください。

2023年7月改定