

支給金額	金	円	算出基礎	算出基礎(未就学児、高齢者7割・9割)	常務理事	事務長	担当者
支給年月日							

日本ガイシ健康保険組合 殿

被保険者
家族

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

(年 月分)

下記(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。

年 月 日提出

被保険者欄	被保険者証の記号・番号		事業所 (該当を○で囲んでください)				
	—		日本ガイシ株式会社・日本ガイシ労働組合・エヌジーケイゆうサービス株式会社				
	被保険者の氏名			所属		所属連絡先	
	被保険者の住所		〒				
	療養を受けた者			続柄	療養を受けた者の生年月日		
	フリガナ		男・女		昭和 平成 令和	年	月 日
	発症または負傷年月日		傷病名		業務上・外、第三者行為の有無		
	年 月 日				1.業務上 2.第三者行為である 3.その他		
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯						
同意記録	同意医師の氏名		住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
				年 月 日			

施術内容・証明欄 (記入または添付)	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分																									
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日	新規・継続																									
	傷病名 又は症状						転帰																										
	マッサージ		軀幹 円× 回= 円				継続・治癒・中止・転医																										
			右上肢 円× 回= 円				摘要																										
			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																														
	温電法		円× 回= 円																														
	温電法・電気光線器具		円× 回= 円																														
	往療料 4kmまで		円× 回= 円																														
	往療料 4km超		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	月	通院○ 往療◎	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、その費用を領収しました。	年 月 日	保健所登録区分	1.施術所所在地	2.出張専門施術者住所地																													
免許登録番号		所在地	〒	あん摩マッサージ指圧師氏名	電話番号																												

- 各施術月毎(1ヶ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出ください。
- 施術の都度、発行される領収書原本を全て添付してください。
(原本は返却いたしません。)必要な方は事前にコピーを取ってください。
- 初療時、及びその後6ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。
- 変形徒手矯正術は、毎月医師の同意書の提出が必要です。
- 「施術報告交付料」を請求する療養費支給申請書には、施術師より記入された「施術報告書」のコピーを添付ください。
- 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については、
施術師より記入された「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。

受付日付印

《あんま・マッサージの施術に係る療養費の取り扱い》

【支給対象】

医療上、施術（あんま・マッサージ）を必要とする症例で、医師が施術について同意している。

〈対象症状〉

- ・筋麻痺・筋委縮
- ・関節拘縮

【支給対象外】

- ・医師が施術について同意していない。
※同意を得ていない場合は給付できません。
- ・疲労回復や慰安目的
- ・疾病予防のため
- ・仕事や通勤中の負傷（労災保険の対象）
- ・柔道整復師との重複受診はできません。
あんま・マッサージ指圧師と柔道整復師とでは対象疾患が全く異なりますので同一疾病に対しての併給はできません。
- ・はり・きゅうとの重複受診はできません。
支給となる対象疾患がはり・きゅうとは異なるため、同一疾病に対しての併給はできません。

【医師の同意書】

◎必ず、保険医の診察の上、文書での交付を受けてください。

- ・同意書の有効期限

同意日	同意書の有効期限
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

- ・変形徒手矯正術は、毎月医師の同意書が必要です。
- ・再同意の際、施術報告書の交付を求め、交付料を請求する場合、写しを添付ください。
- ・同意書の交付が必要ない月（支給可能な期間）は同意記録を記入ください。

【支給時期】

医療機関との併用受診確認などの審査を行うため、請求月の4ヶ月以降に支給となります。
審査の結果により、一部または全額不支給となる場合がありますので、あらかじめご了承ください。