

申請にあたっての注意事項

あんま・マッサージの療養費申請

1. 事前に医師の同意を得て健康保険の給付対象となるあんま・マッサージの施術を受けた場合、厚生労働省が定める基準等により定められる費用から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。

同意書の有効期間は6ヶ月です。その後も継続して施術を受ける場合には、再度医師の同意書が必要です。
初めて施術を受けた日または同意日が1～15日ならその月から5ヶ月後の月末まで有効
16日以降なら6ヶ月後の月末まで有効
※変形徒手矯正術の有効期間は1ヶ月
2. 払い戻しには被保険者の申請が必要です。
申請は1ヶ月(暦月)ごとに一通作成してください。
3. 「被保険者が記入するところ」は被保険者が、「あんまマッサージ師が記入するところ」はあんまマッサージ師が記入、捺印してください。
4. 申請書の添付書類は次のとおりです。
 - (1)同意書の原本(初回必須。その後も再び同意を受けた場合に必須)
 - (2)あんまマッサージ院が発行した領収証の原本
 - (3)「あんまマッサージ師が記入するところ」欄を空欄として別用紙にて証明する場合でも申請できますが、その場合は、同様の内容が記載されたあんまマッサージ師作成書類の原本が必要です。施術を受けた日や金額など内容に間違いがないことをご確認ください。
 - (4)往療を受けた場合であんまマッサージ院が作る往療明細があれば、その原本
 - (5)施術報告書の写しと、施術報告書交付料領収証の原本
(医師の再同意のために、あんまマッサージ院が施術の内容や患者の状態等を記載した施術報告書を交付した場合)
5. 被保険者が記入するところの各項目について
 - (1)傷病名は、医師の同意書に記載されている傷病名を記載してください。
 - (2)「業務上・外/第三者行為の有無」の欄で、負傷が「2. 第三者行為」による場合、別に「第三者の行為による傷病届」が必要です。
 - (3)同意欄について
給付審査のため、療養を受けた医療機関等に照会が必要となる場合があります。確認がとれないと支給できない場合がありますので、ご理解のうえ署名捺印をお願いいたします。
6. 申請書の訂正印について
申請書の記入を修正した場合、訂正印は被保険者氏名欄の印と同じ印を用いてください。小型の印など異なるものを用いた場合は無効になります。
7. 振込先欄について
 - (1)在職者の方は給与と共に支給されますので記入不要です。
 - (2)被保険者が任意継続被保険者・特例退職被保険者の場合で振込先を登録していない場合、ご記入ください。登録済みであれば記入は不要です。
 - (3)KDDI健康保険組合の被保険者でなくなっている場合、ご記入ください。
 - (4)その他の場合はKDDI健康保険組合までお問い合わせください。
8. 委任欄について
事業主以外への委任は、原則、被保険者が死亡した場合等のみ受け付けていますので、ご注意ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号		被保険者 氏名	被保険者とは、保険料を納めている方です ㊞	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	番号			電話:			
	被保険者 住所	〒					
	被扶養者 氏名	被扶養者が施術を受けた場合に記入		生年月日	昭和・平成	年 月 日	続柄
	傷病名				業務上・外／第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他		
	発病または 負傷年月日	平成 年 月 日	発病または負傷の原因及びその経過				
	委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を _____ (事業主)に委任致します。 被保険者氏名 ㊞					
同意欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関等に 健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。 被保険者 氏名 ㊞						

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	平成 年 月 日	施術 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	実日数 日	請求区分 新規・継続
	傷病名又は 症状					転帰 継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	軀 幹	円×	回=	円	摘要
		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		
療養費の合計				円		

施術日 月 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
通院○/往療◎

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

平成 年 月 日
あんま 所在地
マッサージ院 電話 <免許登録番号> _____
あんまマッサージ師 氏名 ㊞

医師の 同意	同意医師の氏名	医療機関名/所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間

(記入前に「申請にあたっての注意事項」をご参照ください)

振 込 先	指定銀行	銀行・信用金庫 信用組合 支店		
	口座の種類	普通・当座・貯蓄預金	口座番号	
	被保険者 氏名 (口座設定者)	フリガナ		

備考欄 被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。記号・番号を記入すればマイナンバーは不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

証書添付(原本)

以下の書類を貼り付けてください。場所が足りないときはもう一枚ご使用ください。

あんまマッサージ院発行 療養費領収証の原本
施術報告書コピー(交付を受けた場合)
施術報告書交付料領収証の原本(支払った場合)
往療明細(発行された場合)

医師発行 同意書の原本(同意を受けた月)