

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。
2. 払い戻しには被保険者の申請が必要です。
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。その後も発行を受けた場合に添付）
(2)「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。その書類には、施術を受けた日や金額など内容に間違いのないことを確認のうえ被保険者がサイン、押印してください。
(3)往療を受けた場合であんまマッサージ師が作る往療明細があれば、その原本
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、押印してください。
4. 同意書の有効期間は3ヶ月です。同意の2回目以降は口頭でも療養費の支給を受けられます。（変形徒手矯正術を除く）
5. 口頭同意の場合でも定期的に医師の診察を受け、施術が必要であることの確認を受けましょう。
6. 申請は一ヶ月（暦月）ごとに一通作成してください。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 委任状欄について
通常は被保険者に対して直接給付しますのでご記入不要です。この欄は事業所を通じて給付する場合に記入します。

KDDI健康保険組合 御中

被保険者用
被扶養者用

療養費支給申請書 (平成 年 月分)

あんまマッサージ用

(第 回目)

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 ⑩		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	番号								
	被保険者住所	〒							電話:
	被扶養者が施術を受けた場合に記入								
	被扶養者氏名		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	発病または不詳の原因及びその経過						
委任状欄	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 ⑩								

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	躯幹	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 2Kmまで	円×	回=	円											
	加算 (Km)	円×	回=	円											
	療養費の合計				円										
	施術日 通院○/往療◎	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												
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。平成 年 月 日							あんま 所在地 マッサージ院 電話 あんまマッサージ師 氏名 ⑩ <免許登録番号> _____							
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)
-----	--