

療養費支給申請書（あんま・マッサージ）の記入等について

健康保険を使用して「あんま・マッサージ」を受ける場合は、あんま師・マッサージ師に療養費支給申請書の記入・証明を依頼し、証明後に被保険者が記入する箇所を記入して当組合まで提出してください。

あんま・マッサージを受ける前にご確認ください

【療養費として認められる傷病・症状】

筋麻痺や関節拘縮等を改善するために、医師の同意により医療用マッサージを受けた場合に、健康保険の給付がうけられます。疲労回復や慰安を目的としたものや疾病予防のためのマッサージには健康保険は使えません。

【医師の同意について】

医師が認めて同意書を交付した場合に限り、療養費の支給対象となり健康保険が使用できます。

※必ず3か月に一度、医師の再同意が必要です。
同意書を再取得するか、申請書の「同意記録」欄に記入してください。

記入項目について

- 第三者行為での負傷の場合は、健康保険組合に届出が必要です。届出されていない場合は、後日書類をお送りしますのでご提出ください。
- 給付金の振込先は、日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。
- この欄は、あんま師、マッサージ師に記入を依頼してください。

添付書類

申請書に下記書類を添付して提出してください。

- 医師の同意書 ※初回の申請時は必ず添付してください。
- 領収書（原本）

提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーストビル8階
TEL 03-6384-2270
info@Philips-kenpo.com

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書【あんま・マッサージ用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)																												
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日																												
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 090(7891)2345 メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp																															
	療養を受けた者の氏名	健保 花子		療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日																												
	発症または負傷の原因	脳出血による後遺症		交通事故等で第三者が原因か	いいえ はい																												
施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日		施術期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日																												
	傷病名または症状	マッサージ		実日数	日																												
	請求区分	新規・継続		転帰	継続・治療・中止・転医																												
	円 × 円 = 円	円 × 円 = 円		円 × 円 = 円																													
	変形徒手矯正術	温電法		温電法・電気光線器																													
	往療料 4kmまで	往療料 4km超		施術報告書交付料 (前同記録)																													
	合計																																
	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
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	令和 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																												
	登録記号番号(申し出た施術者登録番号)	所在地	所在地	名称	電話	氏名																											
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																													
令和 年 月 日																																	
※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい																																	
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日																														
被保険者(申請者)	氏名																																
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名																																
振込先情報	金融機関名称	●● 銀行 ●● 本店 ●● 支店	支店番号	123																													
	預金種別	普通 当座 口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ																												
備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点				受付日印																												

2 この欄は、あんま師・マッサージ師に記入を依頼してください。

3