

# 2019年6月施術分から

## 「あはき療養費」は償還払いの取り扱いとなります (あん摩マッサージ、はり・きゅう)

当健康保険組合では、あん摩マッサージ、はり・きゅう療養費の支払方法を「償還払い」と「代理受領」の2通りで取り扱っておりましたが、2019年6月施術分より「代理受領」は廃止となり「償還払い」のみでの取り扱いとなります。

つきましては、「あんま・マッサージ」及び「はり・きゅう」専用の療養費支給申請書を、当健康保険組合ホームページのお知らせに掲載しておりますので、印刷のうえご使用ください。

(印刷ができない場合は、申請用紙を送付いたします。)

なお、この申請書は2枚1セットとなり、1枚目は被保険者記入用・2枚目は施術者記入用となりますので、2枚目は施術所で記入・押印をいただき、領収書の原本を添付のうえ申請してください。

ただし、2枚目については、施術所で同様の申請書等が発行される場合は、そちらに替えても差し支えありません。

支払方法	概要	支払の流れ
償還払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者は、施術所の窓口でいったん施術料の全額を支払った後、健保組合に療養費の申請を行う</li> <li>○健保組合は、利用者に療養費を支払う</li> </ul>	<pre> graph TD     subgraph Clinic [団体 施術所]         direction TB         S1[①施術]         S2[②全額 支払]     end     subgraph User [利用者 被保険者 被扶養者]         U[ ]     end     subgraph Insurance [当健保組合]         I[ ]     end     S1 --&gt; U     U --&gt; S2     U -- ③請求 --&gt; I     I -- ④療養費の 支払 --&gt; U     </pre>

○健康保険適用となる施術は、医師の同意・再同意が必要です。

※同意書に基づき施術を受けることが可能な期間は6ヶ月です。

(あん摩・マッサージ・指圧の変形徒手矯正術については、1カ月です。)

○保険医の再同意にあたり、施術者は「施術報告書」を作成し、保険医へ施術の内容や利用者の状態などを伝えることになっています。保険医の同意期間に受けた施術であっても、健康保険組合が厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自費となります。

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

あんま・マッサージ専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印 ← 委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県				
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ					
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄 ( )		
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因								
		経過								
	施術を受けた施術所	名称			施術者氏名					
		所在地			施術に要した費用					円
	施術期間(支給期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間					
同意医師										
再同意医師										

委任状	<input type="checkbox"/> 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(事業主)	事業所所在地	印			
			事業所名称	印			
		氏名・印					

※以下の振込先については、任意継続被保険者及び資格喪失者のみご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )			
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分	被保険者(申請者)		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名																																
傷病名 又は症状																																
初療年月日	令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																						
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																			
施術内容	マッサージ			円×	局所×	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																							
	往療料			円×		回×			円																							
	加算 ( k m)			円×		回×			円																							
	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
同意記録	氏名	住所			同意年月日			傷病名	要加療期間																							
同意医師																																
再同意医師																																
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																
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																																
あん摩マッサージ指圧師																																
住所																																
氏名																																
 電話番号 ( )																																

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

はり・きゅう専用 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印 ← 委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ( )			
	事業所名称							

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	施術された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ					
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄 ( )		
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因								
		経過								
	施術を受けた施術所	名称			施術者氏名					
		所在地			施術に要した費用 円					
	施術期間(支給期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間					
同意医師										
再同意医師										

委任状	<input type="checkbox"/> 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人(事業主)	事業所所在地	印			
			事業所名称	印			
		氏名・印					

※以下の振込先については、任意継続被保険者及び資格喪失者のみご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )			
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 被保険者(申請者)					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

はり師・きゅう師記入欄

患者氏名																																
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
初療年月日	令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																							
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																			
施術内容	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)										円																				
	2回目以降	はり									円×	回=	円																			
		はり(電気針併用)									円×	回=	円																			
		きゅう									円×	回=	円																			
		きゅう(電気温灸器併用)									円×	回=	円																			
	はり・きゅう併用									円×	回=	円																				
	はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)									円×	回=	円																				
往療料加算( km)									円×	回=	円																					
									円×	回=	円																					
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
同意記録	氏名	住所				同意年月日				傷病名	要加療期間																					
同意医師																																
再同意医師																																
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																
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																																
はり師・きゅう師																																
住所																																
氏名																																
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;">印</div>             電話番号 ( )         </div>																																