

## 療養費（あん摩・マッサージ）について

### 「あん摩・マッサージ」の支給対象

療養費（あん摩・マッサージ）の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給の対象となります。

### 医師の同意書

健康保険で「あん摩・マッサージ」の施術を受ける場合は、『医師の同意書』が必要となります。また、施術が長期にわたる場合には、『6 か月ごとに文書による医師の再同意』が必要になります。

### 必要書類

支給申請書に次の必要書類（すべて原本、コピー不可）を添付してください。

#### （1）初回申請の場合

- ① 施術所発行の領収書
- ② 医師の同意書

#### （2）2 回目以降の申請

- ① 施術所発行の領収書
- ② 医師の再同意書※      ※初回申請から6 か月経過ごとに添付

### 申請書の提出先

| 区分           | 提出先            |
|--------------|----------------|
| 在職者          | 事業所の人事（総務）担当部署 |
| 退職者・任意継続被保険者 | ヤマトグループ健康保険組合  |

### 注意事項

- （1）申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません
- （2）保険給付を受ける権利は2 年を経過すると時効により消滅します。  
時効の起算日は、費用を支払った日（領収日）の翌日です。
- （3）領収書等は返却しません。  
必要に応じてコピーをとってから原本を提出してください。

|                                       |                 |                       |       |       |           |                 |         |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|-------|-------|-----------|-----------------|---------|
| 健康<br>保<br>険<br>組<br>合<br>記<br>入<br>欄 | 受 付             | 常 務                   | 事 務 長 | 経 理 M | 給 付 M     | 担 当 者           | 特 記 事 項 |
|                                       |                 |                       |       |       |           |                 |         |
|                                       | 支 給 対 象 者       | 本 人 ・ 家 族 （ 高 ・ 就 前 ） |       |       | 給 付 種 別   | 新 規 ・ 継 続       |         |
|                                       | 対 象 者 資 格 取 得 日 | 昭 平 令                 | 年     | 月     | 日         | 対 象 者 資 格 喪 失 日 | 令 年 月 日 |
|                                       | 施 術 回 数         | 回                     |       |       | 支 給 決 議 額 | 円               |         |

(ヤマト運輸社員用) 健康保険 療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)

|                                 |                                                                                                 |    |     |   |   |                                       |     |   |   |   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---|---|---------------------------------------|-----|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | ①提出日                                                                                            | 令和 | 年   | 月 | 日 | ②事業所名                                 |     |   |   |   |
|                                 | ③記号                                                                                             | 11 | ④番号 |   |   | ⑤被保険者氏名                               | ⑩   |   |   |   |
|                                 | ⑥対象者氏名                                                                                          |    |     |   |   | ⑦連絡先電話番号                              |     |   |   |   |
|                                 | ⑧傷病名                                                                                            |    |     |   |   | ⑨発病・負傷年月日                             | 平・令 | 年 | 月 | 日 |
|                                 | ⑩傷病の原因及び経過                                                                                      |    |     |   |   |                                       |     |   |   |   |
|                                 | ⑪負傷の原因は、交通事故、業務上若しくは通勤の行き帰りで発生したものですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |    |     |   |   |                                       |     |   |   |   |
|                                 | ⑫委任状 ※退職者も必ず署名押印すること。<br>この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。<br>被保険者氏名 ⑩                                   |    |     |   |   | ⑬退職者振込先口座<br>銀 行 名 支 店 名<br>口座番号 口座名義 |     |   |   |   |

|                            |                                                 |                                                                    |                                                                                       |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-----|---|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>術<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 初療日                                             |                                                                    | 施術期間                                                                                  |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実日数 | 請求区分  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 平成・令 年 月 日                                      |                                                                    | 令 年 月 日～令 年 月 日                                                                       |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日   | 新規・継続 |  |  |  |  |  |  |
|                            | 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 |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
|                            | 傷病名                                             |                                                                    |                                                                                       |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
|                            | マッサージ                                           |                                                                    | ( 軀 幹 )                                                                               |         | 円 × | 回 = | 円 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                 |                                                                    | ( 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<br>温罨法<br>温罨法・電気光線器具<br>往療料<br>施術報告書交付料 |                                                                    | 円 ×                                                                                   |         | 肢 × | 回 = | 円 | 費用合計<br><br>円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 円 ×                        |                                                 |                                                                    | 回 =                                                                                   | 円       |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 円 ×                        |                                                 |                                                                    | 回 =                                                                                   | 円       |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 円 ×                        |                                                 |                                                                    | 回 =                                                                                   | 円       |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 施術報告書交付料                   |                                                 | ( 前回交付 : 年 月 )                                                     |                                                                                       | 円       |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 転帰                         | 継続・治癒・中止・転医                                     |                                                                    | 摘要                                                                                    |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 施術証明書                      |                                                 | 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<br>あん摩マッサージ指圧師 住所<br>氏名 ⑩ 電話 ( ) |                                                                                       |         |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
| 同意<br>記録                   | 同意医師氏名                                          | 住所                                                                 |                                                                                       | 同意年月日   |     | 傷病名 |   | 要加療期間         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |
|                            |                                                 |                                                                    |                                                                                       | 令 年 月 日 |     |     |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |  |  |  |

|                            |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事<br>業<br>主<br>記<br>入<br>欄 | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 事業主 所在地 : 東京都中央区銀座 2 丁目 16 番 10 号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 名 称 : ヤマト運輸株式会社                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名 : 事業主代理人 人事戦略部長 小祝 珠樹 ⑩ 電話 : 03-3541-3411 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |