

あんま・マッサージの支給について

健康保険の対象となる範囲

健康保険の対象となるのは医師が必要と認め、同意した場合のみとなります。なお、医師の同意に加療期間の記載がない場合は、初療の日から6ヶ月程度を同意書の有効期間とし、その後の施術には医師の再同意が必要となります。本人が希望して施術を受ける場合は、健康保険の対象となりません。
また、疲労回復や疾病予防を目的としたものは対象外です。

同意書の有効期限

- ・初療日/再同意日が1日～15日・・・当該月の5ヶ月の末日まで有効
 - ・初療日/再同意日が16日～31日・・・当該月の6ヶ月後の末日まで有効
- 例1) 7/15 初療日/再同意日・・・12/31まで有効
例2) 7/16 初療日/再同意日・・・1/31まで有効
※初療・継続ともに過去に遡っての同意は不可です。

あんま・マッサージ

傷病名によることなく以下の症状を生じ、医療上、あんまマッサージ指圧師の施術を受けることを医師が認め、同意した場合は健康保険の対象となります。

<症状>

- ・筋麻痺 (半身麻痺・半身不随など)
- ・関節拘縮 (骨・関節手術後による関節運動機能障害など)

支給対象外になる場合

- ・保険医療機関に入院中の場合
- ・疲労回復や慰安・疾病予防目的の施術

提出書類

提出先 ⇒ カシオ健保 療養費担当まで

①療養費支給申請書F

..... [A4サイズで印刷してください(裏紙使用不可)
記入もれがないか確認してください。

②領収証原本

..... [原本が必要です。また、返却することはできません。
領収証には受診者氏名、金額(明細内訳)、領収日、領収印、施術者名が必要です。

③医師の同意書

..... [約6ヵ月毎に、医師の同意が必要です。
医師の記名押印は当該医師の署名でも差し支えありません。

同意書について注意事項

- ・変形徒手矯正術は初療日/再同意日から最長1ヵ月で医師の同意が必須となります。

支給日・支給方法

毎月の締日(基本月末)までに健保へ提出された申請書は、健保で厳正な審査の上支給決定となった場合に事業所経由で給与日に給付いたします。

(記入不備や審査によって遅れる場合があります)

- カシオ計算機社員：給与日給付
- カシオグループ会社社員：各事業所へお問い合わせください

毎月の給付書類締切日を、健保ホームページに掲載していますのでご確認をお願いします。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同 年 月 日	年 月 日	< 備考 >	月 分	支給支払決議書				
				常務理事	事務長	担当者		
支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	
	診療請求額							
査定額(保険適用外)								
内 訳	法定給付			合計額			資格取得	年 月 日
	付加給付			一部負担金			資格喪失	年 月 日

被保険者 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 F (第 回目)
家族 < 給付コード28 あんま・マッサージ > (和暦) 年 月 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。自署でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日(和暦)		被保険者の氏名			
	記号	番号	年	月	日			
	事業所名称		所属部署名					
	被保険者の住所		〒		日中の連絡先		電話番号	
					メールアドレス:			
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合		氏名	生年月日(和暦)	年	月	日	続柄
	傷病名				発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)		年	月 日
	発病または負傷の原因及びその経過		あんま・マッサージ受療の経緯も記入してください		施術した場所(保険証住所と異なる場合に記載)		第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします	
	振込希望口座(退職者のみ記入)		銀行	信用金庫	支店	普通	口座番号	口座名義(カタカナ)
					出張所	当座		

※ 任業者の方は、振込口座記入不要 (任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す と こ ろ	初療年月日(和暦)		施術期間(和暦)					実日数	請求区分																											
	年 月 日		自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日					日	新規・継続																											
	傷病名及び症状詳細							転帰																												
								継続・治療・中止・転医																												
	施 術 内 容 欄	マ ッ サ ー ジ (施 術 料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																											
			施術回数	回	回	回	回	回																												
			通所	円 ×		回 =		円																												
			訪問施術料 1	円 ×		回 =		円																												
			訪問施術料 2	円 ×		回 =		円																												
			訪問施術料 3(3人~9人)	円 ×		回 =		円																												
			訪問施術料 3(10人以上)	円 ×		回 =		円																												
			温 電 法(加算)	円 ×		回 =		円																												
			温電法・電気光線器具(加算)	円 ×		回 =		円																												
			変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																												
		施術回数	回	回	回	回																														
特別地域(加算)	円 ×		回 =		円																															
往診料	円 ×		回 =		円																															
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 ×		回 =		円																															
費用額計						円																														
一部負担額(2割・3割)						円																														
請求額						円																														
通所○ 往療◎	訪問1①	訪問2②	訪問3③	施術年月	年 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
往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他()																																				
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																				
(和暦) 年 月 日																施術所名																				
登録記号番号																所在地																				
																氏 名																				
																電 話																				
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日(和暦)		傷 病 名		要加療期間																											
					年 月 日																															

健保受付日付印

【 必要添付書類 】 ・領収証(原本) ・初回申請の時は、医師の同意書(原本)
 ・初療の日から6ヶ月以降も施術を受ける場合は、6ヶ月経過毎に医師の再同意が必要です

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同 年 月 日	年 月 日	< 備考 >	月分	支給支払決議書
支給額	健保記入欄			添付書類 ・領収証原本 ・初回/6ヶ月毎に医師の同意書原本
内訳				

被保険者 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 F (第 1 回目)

家族 < 給付コード28 あんま・マッサージ >

(和暦) 令和5 年 4 月 15 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。自署でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	被保険者の生年月日(和暦)	被保険者の氏名	
	記号 1101	番号 99999	昭和 50 年 3 月 5 日	健保 太郎
	事業所名称	〇〇株式会社	所属部署名	経理部〇〇グループ
	被保険者の住所	〒 000 - 0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		日中の連絡先 電話番号 03-0000-0000
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合	氏名 健保 花枝	生年月日(和暦) 昭和50 年 6 月 1 日	続柄 妻
	傷病名	脳出血による筋肉麻痺		発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦) 令和4 年 10 月 5 日
	発病または負傷の原因及びその経過	あんま・マッサージ受療の経緯も記入してください		発病または負傷の原因(保険証住所と異なる場合に記載) 第三者行為によるものですか
	振込希望口座(退職者のみ記入)	退職者の方のみ記入		口座番号 口座名義(カタカナ)

※ 任職者の方は、振込口座記入不要 (任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日(和暦)	施術期間(和暦)	実日数	請求区分						
	年 月 日	年 月 日	日	新規・継続						
	傷	あんま・マッサージ師に記入を依頼してください		転帰						
	傷			・治療・中止・転医						
	傷			摘要						
	傷									
	施術内容欄	初療の日から6ヶ月を経過した時点において更に施術を受ける場合には改めて医師の同意が必要です。再同意を得られた旨を記入してください 初療の日から6ヶ月を経過した時点とは 初療日が月の15日以前の場合は、当該月の5ヶ月の末日 初療日が月の16日以降の場合は、当該月の6ヶ月後の末日								
	往診料									
	施術報告書交付									
	費									
通所〇 往療	訪問1①	訪問2②	訪問3③	平月	26	27	28	29	30	31
往療又は訪問の理由	1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他()									
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									
施行証明欄	(和暦) 年 月 日	施術所名	所在地	氏名	電話					
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日(和暦)	傷病名	要加療期間					
			年 月 日							

健保受付日付印

【必要添付書類】 ・領収証(原本) ・初回申請の時は、医師の同意書(原本)
 ・初療の日から6ヶ月以降も施術を受ける場合は、6ヶ月経過後に医師の再同意が必要です

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

