

【手続き方法】

●医師の同意を得て、あんま・マッサージを受けたとき

対象者	被保険者・被扶養者								
支給対象	あんまマッサージの施術は筋麻痺、片麻痺に代表されるような麻痺の緩解処置としての医療マッサージ、あるいは関節拘縮や筋萎縮が起こり、その制限されている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図る変形矯正を目的とした医療マッサージ（四肢の6大関節への変形徒手矯正術）など医師の同意を得て、かつ、健康保険組合がやむを得ないと認めた場合は給付が受けられます。								
対象傷病	病名には寄りませんが、筋麻痺・関節拘縮等を引き起こす以下の病名などが対象となります。 ・脳血管障害等の麻痺による半身麻痺、半身不随 ・難病等（悪性リウマチ、筋ジストロフィー、骨軟化症（くる病）、パーキンソン病、脊髄脳変性症、重症筋無力症、脊髄性筋萎縮症 など） ・整形外科的疾患（骨折、手術、骨・関節手術後の関節運動、機能障害、脊髄損傷など）								
提出書類	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>健康保険療養費支給申請書（あんま・マッサージ用） ルートグループ健康保険組合のHPより取得</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>領収書（原本）</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>医師の同意書（原本） 発行日から6か月以内の同意書を提出してください。</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>往療状況確認表（該当の場合のみ） ルートグループ健康保険組合のHPより取得</td> </tr> </table>	①	健康保険療養費支給申請書（あんま・マッサージ用） ルートグループ健康保険組合のHPより取得	②	領収書（原本）	③	医師の同意書（原本） 発行日から6か月以内の同意書を提出してください。	④	往療状況確認表（該当の場合のみ） ルートグループ健康保険組合のHPより取得
①	健康保険療養費支給申請書（あんま・マッサージ用） ルートグループ健康保険組合のHPより取得								
②	領収書（原本）								
③	医師の同意書（原本） 発行日から6か月以内の同意書を提出してください。								
④	往療状況確認表（該当の場合のみ） ルートグループ健康保険組合のHPより取得								

●申請に関する補足事項

※ 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入の上、訂正者の氏名を金繕してください。

※ 給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください。

ただし、施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任は出来ません。

※ 施術内容は施術者等へ記入を依頼してください。

なお、『健康保険療養費支給申請書』は、施術を受けた方が支払いを受けるために必要な書類です。

『療養費支給申請書』には、傷病名・日数・金額などが記載されていますので、よく確認したうえでご提出ください。

※ 健康保険を使って継続して「あんま・マッサージの施術」を受けるには、6ヵ月ごとに文書による医師の同意が必要です。

※ 支給審査は利用月のレセプト（診療報酬明細書）等の確認も必要なため、支給までにお時間を要します。

予めご承知おきください。

●申請書送付先

〒544-8666 大阪府大阪市生野区巽西1-8-1
 ルートグループ健康保険組合 給付担当宛

【よくあるご質問】

Q1	あんま・マッサージ治療院（あんまマッサージ指圧師）で健康保険が使えないのはどのような場合ですか？	A1	あんま・マッサージは、「筋麻痺、関節拘縮等で医療上マッサージが必要」な場合に医師の同意のもと給付が受けられます。疲労回復やリラクゼーションを目的としたものなどは対象外です。
Q2	医師の同意書は毎月作成依頼する必要がありますか？ また、同意書の有効期限はいつまでですか？	A2	毎月の作成依頼は必要はありません。 同意書の有効期限は最長6ヵ月（※1）となります。 ※1. 同意書の発行日が1～15日の場合は、当該当月の5ヵ月後の月末 同意書の発行日が16～31日の場合は、当該当月の6ヵ月後の月末
Q3	往療料とは何でしょうか？	A3	往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に、患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に支給されるものです。

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(年 月分)

(あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	○被保険者等記号・番号 —		○発病又は負傷年月日 年 月 日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)																												
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																												
		男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()																												
	昭・平・令 年 月 日生				○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ()																												
申 請 欄	本申請書の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 - ルートグループ健康保険組合理事長様 (申請者) 氏名 TEL																																
委 任 欄	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名																																
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、上記委任状で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。																																
		銀行 金庫・信組 農協・漁協	銀行コード	預金種別	普通・当座																												
		本店 支店	支店コード	(フリガナ)																													
施 術 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	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			実日数 日																											
	傷病名及び症状					請求区分 新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医																											
	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位 (躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)																										
				施術回数	回	回	回																										
		通所		円 ×	回 =	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 年 月 日																										
		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																											
		温罨法 (加算)		円 ×	回 =	円																											
温罨法・電気光線器具 (加算)		円 ×	回 =	円																													
変形徒手矯正術 (加算)		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)																												
※温罨法との併用は不可		施術回数	回	回	回																												
特別地域 (加算)		円 ×	回 =	円																													
往療料		円 ×	回 =	円																													
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円 ×	回 =	円																													
合計		円																															
施術日	訪問1①	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	
通院○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③	月																															
○往療又は訪問の理由； 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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 ()																																	
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。		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																												
	令和 年 月 日		所在地																														
同 意 記 録	免許登録番号		施術所名		TEL																												
	あんまマッサージ指圧師		施術管理者名																														
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																													
組 合 使 用 欄	資格取得日		年 月 日		資格喪失日		年 月 日		[受付印]																								
	給付判定		支給		一部不支給		不支給		理由：																								