

## 記入例

K-003 P ( )

日立健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書(あんま・マッサージ用)【令和〇〇年6月分】

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

3	提出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	備考	
被保険者等 記号・番号	記号	1000	番号	1000000
	被保険者氏名	ケンボ マサミ		
事業所 (会社)名称	株式会社	〇〇〇〇〇		
	従業員番号	〇〇課		
被 保 険 者	対象者氏名	健保 正美		生年月日
	傷病名	脳梗塞		平成・令和 〇〇年 3月 10日 (頃)
5	発病の原因 及び経過	不明		
	施術の期間 (支給期間)	令和〇〇年6月6日から 令和〇〇年6月24日まで (4日間)		
6	施術に要した 費用	5,400 円	第三者行為 対象の有無	有 ・ 無
8	(任意) 医師に照会が 必要な場合の 事前同意	私は、療養費(あんま・マッサージ)の請求にあたって、日立健康保険組合が医師に内容確認・調査することに同意します 被保険者氏名: _____		
	給付金の振込みについて 【従業員】事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます → 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】健保組合に届出されている口座へ振込みます			
9	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____		

### 留意事項

#### 決定額通知について

支給金額は、「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」でご確認いただけます。  
「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」は、日立健保ホームページの「MY HEALTH WEB」に掲載しています。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

病院、診療所等で診察を行っている医師の同意のもとづき、あんま・マッサージ指圧師による施術を受けたとき  
但し、麻痺、関節運動の障害等で担当医が治療上有効と認めたととき

### ◆注意事項

申請は月ごとに末日締めで提出してください。  
支払は、実際に治療を受けてから3か月後以降になります。(同意医師等に内容照会を行う場合があります)

### ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)

- ① 「被保険者」または「被扶養者」の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- ② 施術を受けた年月を記入してください。
- ③ 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- ④ 被保険者からみた続柄を記入してください。
- ⑤ 申請する施術を受けた期間と日数を記入してください。
- ⑥ 施術を受けた施術所から受け取った領収書の金額を記入してください。
- ⑦ 交通事故等、第三者の行為によりけがをした場合には「有」を選択してください。  
この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑧ 同意医師等に診療状況等について照会を行う場合があります。事前同意欄は、事前に同意を取るにより同意書の提出を不要とし、手続きを迅速に進めることを目的としたものです。  
できるだけ記入してください。
- ⑨ 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は、記入してください。  
委任状作成の有無は、事業所(会社)の健保担当者に確認してください。

\* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

### ◆添付書類

- ① 施術所から提供された「療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)」
- ② 受診者名が明記された「領収書(原本)」  
・ K-010「領収書貼付台紙」に貼ってください。  
・ 領収書の返却を希望する方は、別紙メモ等に「領収書返却希望」と記載し、添付してください。  
尚、申請した後に返却を希望された場合は、返却いたしません。
- ③ K-005「医師の同意書(あんま・マッサージ用)」(原本)  
・ 初回及び6か月に1度、医師の診察と同意書が必要です。  
※医療機関等から提供された様式でも申請可能です
- ④ 施術報告書 ※再同意をした方のみ  
・ 施術所から提供があった場合は、添付してください。

### ◆送付先

- 紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
- ① 一般被保険者(従業員)の方 ⇒ 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
  - ② 任継・特退被保険者の方 ⇒ 下記宛に送付してください。

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地  
東お茶の水ビル  
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

### ◆提出期限

施術所へ費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)