

健康保険で、あんま・マッサージにかかるとき

一律の診断名によることなく、症状の改善を目的として、医師が医療上のマッサージとして同意している場合に健康保険が使えます。

（1）診断名例

- ・筋麻痺（半身まひ・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）

対象とされる医療上におけるマッサージは、専門スタッフによる理学療法の一環として行われ症状の改善を目的とします。筋麻痺・片麻痺に代表されるように、麻痺の緩解措置としての手技、あるいは、関節拘縮や筋委縮が起こっているところに、その制限されている関節可動域の拡大と筋力増強を促し、症状の改善を目的とします。

（2）医師があんま・マッサージの施術に同意している

当該疾病にかかる医師が、診察に基づき医療上のマッサージが必要と同意がある場合です。

（3）往療料について

往療料（往診料）は、歩行困難など、真に安静を必要とするやむを得ない理由などにより、通所して治療を受けることが困難な場合において、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。

添付資料

1. 治療（施術）費の領収書（原本）：「全額自己負担額の記載」「患者氏名」「施術年月日」「領収印」の記載があるもの。
2. 医師の同意書（原本）：初回受診時および初療の日から6か月を経過してさらに施術をうける場合必要。
変形徒手矯正術の場合は、毎月必要。
3. 施術報告書（写）：施術報告書交付料の請求がある時は、施術者からコピーをうけとり添付。
4. 往療状況確認書（原本）：往療料の請求がある時は、施術者が記入した確認書を添付。
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（あんま・マッサージ用）（原本）：初診の日から1年以上経過し、かつ1月間の施術を受けた回数が16回以上に該当する方は、施術者の必要事項を記入をうけ添付。

注意事項

1. 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から支給されません。
2. 退職後の保険加入の方は、保険料の振替口座への入金となります。
3. 当健保において、審査のうえ支給決定を行います。医療機関との併用確認等のため、支給の決定は施術月より3か月以上かかります。
4. 治療内容等について受診者・医療機関に照会を行う場合があります。
5. 保険医の同意がある施術であっても、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」と当健保が判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。

申請書（次ページ）は、漏れなく正確にご記入ください

注：申請書が A4 1枚に収まるように、余白を調整してください。

(秘密)



健 保 記 入 欄	療養費金額	円	支給金額
	自己負担額	円	
	健保負担額	円	

担当	事務長	常務理事
----	-----	------

被保険者 療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

令和 年 月 日 提出

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	記号	番号	年 月 日		○発症又は負傷の原因及びその経過 ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 () ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)	
	被保険者氏名 (フリガナ)		続柄			
施術を受けた者の氏名		印 *自署の場合は押印不要		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
昭・平・令 年 月 日生		男・女				

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分																								
	昭・平・令 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日		新規・継続																								
	傷病名及び症状								転 帰																								
									継続・治療・中止・転医																								
	施 術 料	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 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	
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○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。		令和 年 月 日		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所																											
住所		氏名		(印)		電話																											
免許登録番号		あんまマッサージ指圧師																															
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																													