

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※整形外科等の医療機関で同じ傷病について並行して治療を受けている場合は申請できません。

被保険者欄	○健康保険の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
男・女		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																															
明・大・昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																															
施術内容欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分																										
	() 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		回 =		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 ())																																	
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。		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地																										
	住所		氏名		電話																												
申請欄	上記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		申請者		住所																										
	東淀川健康保険組合理事長 殿		氏名		電話																												
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		本店																										
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		銀行 金庫 農協		支店 出張所																										
口座名義 カタカナで記入		口座番号				郵便局																											
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名																										
					令和 年 月 日																												

■添付書類（1～3は必須。4～6は該当する場合のみ。また、その他の書類が必要となる場合があります。）

- 当該疾病について現に診察を受けている「主治医の同意書」（医師の住所、氏名、病名等が記載のもの）
※再同意の同意書は、初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。
- 施術に要した費用の「領収書原本（施術日の記載があるもの）」
- 振込口座の「通帳のコピー」、または「キャッシュカードのコピー」
- 施術報告書交付料を申請する場合は、「施術報告書の写し」（該当する場合）
- 「往療状況確認表」（該当する場合）
- 「1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書」（該当する場合）

受付印

（ご注意）

同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

同意書 <small>(あん摩マッサージ指圧療養費用)</small>		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷病名		
発病年月日	年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	年 月 日	
症状	筋麻痺 筋萎縮	<small>(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ()
	その他	<small>(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)</small>
施術の種類 施術部位	マッサージ (軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
	変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
訪問又は往療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費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・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、(中略)同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。

- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位(部位が特定できる場合)を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。
- 7 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意(貴院において「初回の同意」の場合を含む。)の留意点

- 8 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 9 上記8の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合(又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合)は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 10 上記8の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」(平成16年10月1日付保医発第1001002号)に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者(後期高齢者医療広域連合を含む。)が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。