

# 療養費支給申請書（被保険者・家族） （あんま・マッサージ・指圧用）

提出日 年 月 日

【被保険者の記入欄】	①被保険者証の 記号	番号	②事業所の名称	所属部署		
	③被保険者の氏名	㊦		④被保険者の 生年月日	年 月 日	
	⑤被保険者の住所	(〒 - )		(電話番号 - - )		
	⑥施術を受けた者の 氏名・続柄	被保険者との続柄 ( )		⑦施術を受けた者の 生年月日	年 月 日	
	⑧傷病名			⑩発病又負傷原因 及びその経過		
	⑨発病又は 負傷の年月日	年 月 日				
	⑪業務上の負傷ですか	はい ・ いいえ		⑫第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ	
	⑬給付金の振込先 (被保険者名義)	口座名義	銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合	支店	普通 当座 その他	口座番号
		フリガナ				

【あんま・マッサージ・指圧師の記入欄】	初療年月日	年 月 日	施術期間	自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日	実日数	請求区分	
	傷病名(症状)					新規・継続 転帰 継続・治癒・中止	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×	回 =	円	特記事項 *往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細等、その他施術に関する特記事項を記入下さい	
		右上肢	円 ×	回 =	円		
		左上肢	円 ×	回 =	円		
		右下肢	円 ×	回 =	円		
		左下肢	円 ×	回 =	円		
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円		
	温 罨 法	円 ×	回 =	円			
	温罨法・電気光線器具	円 ×	回 =	円			
往療料	4 kmまで	円 ×	回 =	円			
	4 km超	円 ×	回 =	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)		円 ×	回 =	円			
費用 額 合 計					円		
施術日 通院○ 往療◎	( 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					
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.出張専門施術者所在地			
	年 月 日	住所	施術所名称				
	あんま・マッサージ・指圧師 登録番号	氏名	電話番号 ㊦				
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
	電話番号 - -		年 月 日				

- 添付書類と注意事項**
1. 領収証(原本)
  2. 医師の同意書(原本): 初療(初診)時は、医師の同意書が必要  
同意書の有効期間は6か月とし、有効期間以降も受療する時は、改めて同意書が必要
  3. 初療の日から1年を経過して、月16回以上施術を継続する場合は、「継続理由・状態記入書」が必要
  4. 申請書は暦月ごと、受診者ごとに作成して下さい

【健保使用欄】	法定給付支給額	円		支給区分	常務理事	事務長	担 当
					7割・8割・9割		
	健保受付年月日	入力年月日	支払年月日	備 考			



# 同意書の交付について

## ○同意書交付の留意点

- 1 患者があんま・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 あんま・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ま・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いたします。  
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あんま・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養担当規則第 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 あんま・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いたします。
- 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、あんま・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、患者があんま・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(又はあんま・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いたします。

※ この同意書は、「はり師、きゆう師及びあん摩・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。)が行うとされていますが、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。