

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○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																			
	(フリガナ)										統 柄					○業務上・外、第三者行為の有無														
	療養を受けた者の氏名										男・女					(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)														
明・大・昭・平・令 年 月 日生																														
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・治癒・中止・転医									
	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																
					円× 回＝ 円																									
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 ())																														
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. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地														
	令和 年 月 日										〒					住所														
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。										〒					住所														
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 殿					氏名					電話									
支 払 機 関 欄	支払区分					預金の種類					金融機関名					銀行 本店														
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払					1. 普通 2. 当座 3. 通知					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					要加療期間									
											令和 年 月 日																			

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- 申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合)>

医師の同意書 (原本) 施術報告書 (写し) 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

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。