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（医師の同意を受けた傷病名）
	―	年　月　日	

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	男・女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他（　）	○業務上・外、第三者行為の有無
	昭・平・令　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為である　3．その他

施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	令和　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
	傷病名又は症状			転帰 継続・治癒・中止・転医
	マッサージ	躯幹　円×　回＝　円 右上肢　円×　回＝　円 左上肢　円×　回＝　円 右下肢　円×　回＝　円 左下肢　円×　回＝　円		摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名＿＿＿＿ 施術日　・　・　・　日
	変形徒手矯正術	円×　肢×　回＝　円		
	温罨法	円×　回＝　円		※往療を必要とした場合に記入
	温罨法・電気光線器具	円×　回＝　円		往療日　・　・　・　日
	往療料　4㎞まで	円×　回＝　円		往療を必要とした理由
	往療料　4㎞超	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 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。 令和　年　月　日 免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿あん摩マッサージ指圧師	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
		所在地	
		施術所名	
		施術管理者名	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　〒　― みづほ健康保険組合理事長　殿　被保険者（請求者）住所 氏名　電話

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	
	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　4. 別段		銀行　本店 金庫　支店 農協　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。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、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。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
※当該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）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

□マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は□に✔してください。利用しない場合は、上記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

同　意　書 （あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（○をつけてください）	
診察日	令和　　年　　月　　日	
症　状	筋麻痺 筋萎縮	（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください） 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	（関節拘縮のある部位について、○をつけてください） 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	（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ください）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（　躯幹　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　）	
往　療	１．必要とする　　２．必要としない	
	往療を必要とする理由　介護保険の要介護度　（　　）分かれば記載ください。 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ください。（任意）	

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。

令　和　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名

※　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ください。

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。

往療状況確認表

R.　　年　　月分　施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：　※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（　　）施設種別（　　）

日	同一日・同一建物記入欄	往療の起点（出発点または先順位住所）	施術開始時間	起点からの直線距離（地図上の直線距離）
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

<往療を必要とする理由>
1．独歩による公共交通機関等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（　　）

〈介護保険の要介護度〉　（１．２．３．４．５）分かれば記載ください

〈医療機関等への受診方法についてお知らせください〉
1. 独歩　2. 往診　3. 車椅子等（　　）
付き添い（　ア．有り　　イ．無し）

注
- 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートスイなど
- 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
- 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
- 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
- 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

施術報告書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師　様

○　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

○　本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。

○　御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

令和　　年　　月　　日　　施術所名

住所

電話・ＦＡＸ番号

メールアドレス

施術者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿