

健康 保険 組合 欄	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
	支 給 金 額					
		円				

被保険者
家 族

療養費支給申請書【あんま・マッサージ・指圧用】

所属部署

連絡先
(内線・マホ)

(年 月分)

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号・番号	療 養 を 受けた者の 氏 名	フリガナ	男 ・ 女	続柄(被扶養者)	生 年 月 日				
	-					昭・平・令 年 月 日				
	発症または負傷年月日	傷 病 名	業務上・外、第三者行為の有無							
	年 月 日		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他							
	発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯									

施 術 内 容 ・ 証 明 欄	初療年月日	施術期間					実日数	請求区分	
	年 月 日	自	年 月 日	～	至	年 月 日	日	新規・継続	
	傷病名 又は 症状						転帰		
	マ ャ ャ ャ (施術料)	同意部位	(軀 幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	続 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 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)							
	往診料	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 月 通院○ 往療◎
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

上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。
年 月 日

〒
所 在 地
施術所名称
氏 名
電 話

免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師 印

同 意 記 録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	再同意年月日	傷 病 名	要加療期間

被
保
険
者
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。

年 月 日 住 所

被保険者 氏 名
東邦ガス健康保険組合 理事長 殿 (申請者)

なお、上記金額の受領を、(事業所名) _____ に委任します。

同意書をいただいた担当医師等へ症状の照会をする場合がありますので、
同意いただきますようお願いします。(右記へご署名をお願いします)

担当医師等への症状照会に同意いたします。
署名

【添付書類】

- 医師同意書【原本】※初療日から6か月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は、
医師の再同意(同意書【原本】)の提出が必要です。(変形徒手矯正術は1か月経過時点)
- 受療日毎の1ヶ月分の領収書【原本】※1か月分を纏めた(合計)領収書不可

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 (○をつけて下さい)	
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、○をつけて下さい) 軀 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、○をつけて下さい) 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下さい)
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つての外出が困難 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)	
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 印		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付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、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 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、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術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。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 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。
- 8 上記7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。
- 9 上記7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。