

被保険者  
家族

療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	記号	② 被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	⑤
	③ 被保険者の住所	〒 - 電話 ( )		携帯 ( )	
	④ 事業所名称				
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。				
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者との続柄	
	⑥ 傷病名	⑦ 発病または負傷年月日		年 月 日	
	⑧ 発病または負傷の原因(詳細に記入)	い つ・・・			
		どこで・・・			
		どのように・・・			
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」を提出してください。			
	⑩ 業務中に発生したものですか	はい ・ いいえ			
	⑪ 施術を受けた 施術所の 名称・所在地	名称			
		所在地			
	⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください)	年 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 【 日間】		
※ 暦月単位で一月につき1枚の申請が必要となります。					
⑬ 被保険者 同意欄	療養を受けた医療機関等に大阪府貨物運送健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。				
	被保険者氏名 ⑤				
※ 同意医師へ確認させて頂くこともあります。					
⑭ 振込希望 金融機関名	口座名義人の氏名		普通・当座	銀行・信用金庫	
	フリガナ		(口座番号)	農協・信用組合	
	支店				

※以下の欄は、あん摩・マッサージ・指圧に関する振込を代理人にする場合に記入してください。

ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への振込(委任)はできません。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者(申請者)との関係
	平成 年 月 日	フリガナ	⑤
	被保険者(申請者)氏名	代理人の住所・電話番号	
	⑤	〒 - 電話 ( )	

施術内容証明書 (あん摩・マッサージ・指圧用)

( 年 月分)

あ ん 摩 ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 受療者の氏名	昭和・平成 年 月 日	本人・ 家族	
	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名				転 帰	
	マッサー	軀 幹	円 ×	回 =	円	継続・治癒 中止・転医
		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	摘 要
	温 電 法	円 ×	回 =	円		
	温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円		
	往療料 4km まで	円 ×	回 =	円		
	往療料 4 km 超	円 ×	回 =	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				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				
④ 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.出張専門施術者住所地 年 月 日 施設の所在地 あん摩 マッサージ 指圧師 名 称 氏 名 ⑤ 電 話 あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号 ( )					
⑤ 同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
	年 月 日					
同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
年 月 日						

【添付書類】 ● 領収書(原本) ● 医師の同意書(原本) ● 施術報告書(写し)

○同意書は、初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。なお、有効期間内における2回目以降の申請にあっては省略可。

ただし、変形徒手矯正術は1か月毎に同意書が必要です

○施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。

○初療の日から1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。

【注意事項】

◎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か月後となります。

◎本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。

# 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 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平 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	平成 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	マッサージ ( 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 )	
施術部位	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>平 成 年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">印</span></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。

往療状況確認表

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				
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 ) 分かれば記載下さい

<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・ショートステイなど  
 ・ 同上的場合は、「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。