

あんま・マッサージ用

健康保険療養費支給申請書
第二家族療養費

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行う為、事業主経由で提出、支払をしていただきます。また、関連書類を返送する必要があります。
◎領収書（原本）と医師の同意書（初回は原本、期限内は写しで可）を必ず添付してください。同意書の有効期限は最長6か月です。
①～⑬欄は被保険者が、⑦～⑩は事業所が記入してください。施術者記入欄は、施術をうけたと同意する場所で記載を返送してください。
◎この申請書は、給付金の請求を円滑に行う為、事業主経由で提出、支払をしていただきます。また、関連書類を返送する必要があります。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		③被保険者氏名		④事業所名称																												
	①	②																															
	⑤受療者氏名		⑥生年月日		⑦続柄																												
			昭・平・令 (年 月 日 歳[満年齢])																														
	⑧傷病名		⑩傷病の原因及びその経過																														
		【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい・いいえ)																															
⑨発病または負傷年月日		【経過】																															
年 月 日																																
⑪施術の期間		⑫施術に要した費用																															
自: 年 月 日		内実日数		日間																													
至: 年 月 日		円																															
施 術 者 記 入 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																											
	傷病名及び症状																																
	マッサージ(施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)																										
			回数	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																											
	温罨法(加算)		円×		回=	円																											
	温罨法・電気光線器具(加算)		円×		回=	円																											
	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併設は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
			回数	回	回	回	回																										
	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	通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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
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())																																	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		千 -		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																											
令和 年 月 日		住所(所在地)																															
免許登録番号		施術所名																															
あん摩マッサージ指圧師 氏名		電話																															
同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日																													
傷病名		要加療期間		同意書有効期限		摘要																											

※⑦～⑩欄は事業所が記入してください。

振 込 口 座	⑦銀行等に振込みを希望する場合		⑪口座預金種別		⑫預金口座名義人の氏名	
	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所 農協		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			
			⑬預金口座番号			

※在職中の方へ

↑事業所への受領委任をお願いしております。事業所にて被委任者指定口座をご記入ください。
↓受取代理人の欄に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑭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。		令和 年 月 日		⑮代理人の氏名		⑯被保険者(申請者)との関係	
	被保険者(申請者)							
	住所				⑰代理人の住所・電話番号			
氏名				電話 ()				

(様式番号87)

大阪府電気工事健康保険組合 理事長 殿

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	明・大・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 筋委縮	躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
	関節拘縮	右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首
		左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首
	その他	
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)	
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 () 分かればご記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2. 認知症や資格、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
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		
所在地		
保険医療機関		
保険医 氏名		
電話番号		

※ 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。

○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。