

療養費支給申請書 (30 年 10 月分) (あんま・マッサージ用)

必要事項を全て記入(ケガ)・第三者行為(交通事等)の場合は、振込金融機関の欄へ記入・捺印して下さい。必要書類添付方法は、当組合ホームページを参照し、委任状を提出して下さい。委任状を提出しない場合は、当組合指定の口座に振り込みをお願いします。

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	227	350	発病又は負傷の年月日	平・令 24 年 9 月 5 日	傷病名	脳梗塞による半身麻痺																									
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄	男・女	発症又は負傷の原因及びその経過 不詳。現在も麻痺が残存。																										
		健保 花子		妻	女	業務上・外、第三者行為の有無 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	平・令 年 月 日			施術期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日																										
	傷病名又は症状				実施回数	日																										
	マッサージ	躯幹	円×	回=	円	新規・継続 転帰																										
		右上肢	円×	回=	円	継続・治療・中止・転医																										
		左上肢	円×	回=	円	摘要																										
		右下肢	円×	回=	円																											
		左下肢	円×	回=	円																											
	変形徒手矯正術		円×	回=	円																											
	温電法		円×	回=	円																											
	温電法・電気光線器具		円×	回=	円																											
往療料	4 km 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×	回=	円																												
合計				円																												
施術日	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
通院往療																																
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. 出張専門施術者所在地																										
	令和 年 月 日				住所																											
	免許登録番号				氏名	あん摩マッサージ指圧師 氏名																										
					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。				〒	332 - 0035																										
	令和 元 年 5 月 1 日				住所	埼玉県川口市西青木 - -																										
	東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 殿				申請者(被保険者) 氏名	健保 太郎																										
					電話	048-258-																										
被保険者口座欄	支払区分	金融機関名(健保口選択の場合は記入不要)			金融機関コード(17)	銀行	支店コード(357)	本店																								
	1. (委任状欄記入捺印)	1. 普通	埼玉りそな		信用金庫	川口	支店																									
	2. 個人(被保険者)口座	2. 当座			信用組合																											
	口座名義(カタカナで記入)	ケンポ タロウ			口座番号	9 8 7 6 5 4																										
同意記録欄	同意医師の氏名	住	所	同意年月日	傷病名	要加療期間																										
				平・令 年 月 日																												
委任状欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日																											
	被保険者(申請者)	住所	上記『被保険者口座』ではなく、代理人(健保口)への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。																													
	代理人(健保口)	住所	代理人印は、健保口届出印となります。																													
		氏名																														

緑枠の『施術内容欄』、
『施術証明欄』、
『同意記録』については、
施術者に記入いただいで
ください。

受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 03(3576)3511

申請から支給決定までの流れ

() 療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)に必要な事項を記入してください。

) 申請者(被保険者)が記入するところ

被保険者欄

申請欄

支払機関欄(健保口または被保険者の口座をご記入下さい)

健保口をご利用の場合は、委任状欄へご記入下さい

(本人印及び健保口届出印を押印下さい)

) 施術師が記入するところ

施術内容欄

施術証明欄

同意記録

() 下記書類を療養費支給申請書に添えて当組合に提出してください。

) 領収書(原本)

) 医師の同意書(初回は原本が必要です)

同意書の有効期間

1日～15日までに医師が同意書を作成した場合、5ヶ月後の月末まで。

16日～月末までに医師が同意書を作成した場合、6ヶ月後の月末まで。

例) 1月1日に医師が同意書を作成した場合は、6月30日まで有効。

1月17日に医師が同意書を作成した場合は、7月31日まで有効。

() 申請から支給決定までの流れ

療養費(あんま・マッサージ用)を支給決定する際には、保険医療機関の診療報酬明細書(レセプト)を確認させていただきます。

診療報酬明細書(レセプト)は医療機関受診月から2ヶ月後に当組合に送られてきますが、場合によっては更に数ヶ月遅れる場合がございます。

したがって、支給決定までには3ヶ月～6ヶ月かかります。

同意書

(あんま・マッサージ療養費用)

患者	住所					
	氏名					
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
傷病名						
発病年月日	昭和・平成・令和	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	令和	年	月	日	
症状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺また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 <small>(関節拘縮のある部位について、 をつけて下さい)</small>				
	関節拘縮	右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他				
	その他	左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 () <small>(筋麻痺、筋萎縮また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)</small>				
	その他					
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
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 () 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

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入して下さい。

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いたします。
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いたします。
- 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いたします。

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に、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。