療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

※必要事項を全てご記入下さい。必要書類についてはホームページを参照し、添付して下さい。負傷（ケガ）・第三者行為（交通事故等）の場合は「負傷原因届」が必要となりますので、添付して下さい。振込先は、被保険者口座をご希望の場合は「被保険者口座」欄へ、事業所指定口座の場合は「委任状」欄へご記入下さい。（記入方法・必要書類等不明な方は、当組合ホームページをご参照いただくか、当組合の給付課までご連絡下さい。）

被保険者欄

被保険者等の記号・番号		発病又は負傷の年月日	傷病名
		平・令　年　月　日	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭和・平成・令和　年　月　日生	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過 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	施術期間	実日数	請求区分
平・令　年　月　日	自:令和　年　月　日 ～ 至:令和　年　月　日	日	新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医
傷病名又は症状			

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
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）※温罨料との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円
	左上肢	円×	回＝	円
	右下肢	円×	回＝	円
	左下肢	円×	回＝	円
往療料　4kmまで		円×	回＝	円
往療料　4km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

摘要

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。

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

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

住所

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。

令和　年　月　日

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）

〒　－

住所

氏名

電話

被保険者口座

支払区分

1．健保口（委任状欄記入）

2．個人(被保険者)口座

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（　　）

1．普通

2．当座

銀行　信用金庫　信用組合

支店コード（　　）

本店　支店

口座名義（カタカナで記入）

口座番号

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		

委任状

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

氏名

代理人（健保口）　住所

氏名

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

受付日付印

申請から支給決定までの流れ

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

ⅰ）申請者(被保険者)が記入するところ

①被保険者欄

②申請欄

③被保険者口座（被扶養者の口座への支払はできません）

※健保口をご利用の場合は、委任状欄へご記入下さい

ⅱ）施術師が記入するところ

①施術内容欄

②施術証明欄

③同意記録

（Ⅱ）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。

ⅰ）領収書（原本）

ⅱ）医師の同意書（原本）※有効期間ごとに必要です

※同意書の有効期間

①１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。

②１６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。

（Ⅲ）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　（あん摩マッサージ指圧療養費用）

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	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） 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）
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。

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

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。

往療状況確認表

月分　　施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：　※施設への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（出発点または住所）	施術した場所（住所）	起点からの直線距離
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km
日				km

＜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・ショートステイなど
・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、個人宅は丁目な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。