

※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」欄へご記入下さい。負傷（ケガ）・第三者行為（交通事故等）不明な場合は「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、被保険者口座を希望する場合は「被保険者口座」欄へご記入下さい。（記入方法・第三者行為（交通事故等）不明な場合は「負傷原因届」が必要となりますので、添付して下さい。課までご連絡下さい。）

○被保険者資格の記号番号 227 - 350		○発病又は負傷年月日 令和8年 6月 5日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 脳梗塞による半身麻痺 原因不詳、現在も麻痺が残存																													
療養を受けた者の氏名 健保 花子	(フリガナ) カネボ ヒナコ	続柄 妻	○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																														
	性別 女	生年月日 昭和・平・令 50年 9月 7日	○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																														
初療年月日 () 年 月 日	施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		実日数 日	請求区分 新規・継続																													
傷病名及び症状				転帰 継続・治癒・中止・転医																													
施術内容欄	マッサージ（施術料）	同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘要																									
	通所	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	訪問施術料 1	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	訪問施術料 2	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	訪問施術料 4 (10人～19人)	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	訪問施術料 5 (20人以上)	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
	温 罌 法 (加算)	円× 回＝ 円																															
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																															
温罌法・電気光線器具 (加算)	円× 回＝ 円																																
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円×0.5× 回＝ 円																																
変形徒手矯正術 (加算) ※温罌法との併施は不可	同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																												
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円× 回＝ 円																																
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																																
明 細 書 発 行 加 算	円× 回＝ 円																																
合 計								円																									
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】								円																									
施術日	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																
	訪問3③																																
	訪問4④																																
往療◎	訪問5⑤																																
○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。 令和 年 月 日		保険所登録区分 〒		住所 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																													
免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師		氏名 健保 太郎		電話 090-2680-△△△△																													
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 8年 7月 31日		申請者 (被保険者) 東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 殿		住所 埼玉県川口市西青木0-0-0				氏名 健保 太郎																									
支払区分 1. 健保口座 (委任状欄記入) ② 個人 (被保険者) 口座		預金の種類 (健保口座選択の場合は記入不要) 金融機関コード (17) ① 普通 2. 当座		金融機関名 埼玉りそな				支店コード (357) 銀行 川口 本店 支店																									
口座名義 カタカナで記入		ケンボ タロウ		口座番号 0 0 9 8 7 5 4 ◇																													
同意医師の氏名		住 所		同意年月日 令和 年 月 日				傷 病 名 要加療期間																									
本申請書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																																	
上記『被保険者口座』ではなく、 事業所指定口座 (健保口) への振り込みを 指定される場合は、こちらへご記入ください。 (健保口) 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
記入を依頼して下さい。

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

- ① 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。
 - ② 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。

(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				
診察日	令和 年 月 日				
同意区分	初回の同意・再同意 (○をつけて下さい)				
症状	筋麻痺 筋萎縮	<small>(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)</small> 躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢			
	関節拘縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 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	<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ご記載下さい)</small>			
施術の種類 施術部位		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 往診	1. 必要とする(通所して治療を受けることが困難) 2. 必要とした(○をつけて下さい) 初回又は治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うのが困難 2. 認知症や視覚・聴覚・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	※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)				

紫柁の『同意書』については、診察された医師に記入を依頼して下さい。

□同意書交付の留意点(裏面)を確認しました。
 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（リハビリテーションにおいて行う場合を含む）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。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。
※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いたします。

○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。）が行うとされていますが、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。