

支払年月日				常務理事		
支給額	<b>健保記入欄</b>					
支払区分			資格	取得	年	月
7割 ・ 8割 ・ 9割				喪失	年	月
					日	日

(経路)所属事業主社会保険担当→愛三工業健康保険組合

被保険者 療養費支給申請書 (あん摩・マッサージ・指圧用) (30年4月分) 第1回目  
被扶養者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	受療者氏名	続柄	生年月日
	○ - ○○○○○	愛三 太郎	本人	昭平・令 56年4月1日
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか?	
	令和 30年4月10日	(医師の同意を受けた傷病名)	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	傷病の原因及びその経過		施術に要した費用	
	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)		4,620 円	
再同意方法 (医師の同意書の添付がない場合のみ記入)				
本紙(または添付)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。 また、愛三工業健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。				
令和 30年5月10日		住所	〒○○○-○○○○ ○○市○○町・・・・	
		被保険者氏名 (請求者氏名)	愛三 太郎	電話 *****

初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																										
	令和 年 月 日	自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日			日	新規・継続																								
傷病名又は症状				転帰																										
				継続・治癒・中止・転医																										
施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 施 術 者 記 入 )	マッサージ	駆 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	円	摘要																										
	変形徒手矯正術	円 × 肢 × 回 = 円	円																											
	温電法	円 × 回 = 円	円																											
	温電法・電気光線器具	円 × 回 = 円	円																											
	往療料 4kmまで	円 × 回 = 円	円																											
	往療料 4km超	円 × 回 = 円	円																											
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 = 円	円																											
	合計		円																											
	施術日: 通院○ 往療◎ ( 月施術分)																													
	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
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。				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 所在地 あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号 施術所名 ( ) 氏 名 ⑩ 電話																										
同意 記録 欄	(再)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																									
			平成 年 月 日																											

事業主証明欄	所在地	事業所名称	<b>会社記入欄</b>	会社印
		事業主名		⑩

【提出の流れ】 本人 → 会社 → 健保 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】 ①医師の同意書(原本)※1,2 ②施術に要した費用の領収証(原本) ③施術報告書(写)※3

- ※1『医師の同意書』は申請の都度添付することが原則となりますが、同意書の有効期間内における2回目以降の申請においては、同意書の添付を省略して差し支えありません。(有効期間:6ヵ月) ただし、「変形徒手矯正手術」については、同意書の有効期限は1ヵ月とされており、申請の都度必ず同意書を添付する必要があります。
- ※2『医師の同意書』の有効期間を超えて更に施術を受ける場合は、医師の診察を受けたうえで、あらためて交付された『医師の同意書』を添付する必要があります。
- ※3施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入を受けた『施術報告書(写)』を添付する必要があります。
- ※4健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。  
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。



# 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・筋委縮・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・筋委縮・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ヵ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、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。