

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																													
					－						年 月 日																																							
	療 養 を 受けた者の の 氏 名					(フリガナ)										続 柄					○業務上・外、第三者行為の有無																													
						男・女															(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
○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）																																																		
					年 月 日生																																													
施 術 内 容 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																																			転 帰														
																																				継続・治癒・中止・転医														
	施 術 料	マッサージ（施術料）										同意部位		(軀 幹)		(右 上 肢)		(左 上 肢)		(右 下 肢)		(左 下 肢)		摘 要																										
												施術回数		回		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																																						
		温 電 法（加 算）										円× 回＝ 円																																						
		温電法・電気光線器具（加 算）										円× 回＝ 円																																						
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可										同意部位		(右 上 肢)		(左 上 肢)		(右 下 肢)		(左 下 肢)																														
												施術回数		回		回		回		回																														
											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																																							
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																																																		
往療◎ 訪問3③		月																																																
○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 ())																																																		
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。 令和 年 月 日															保健所登録区分 〒 ー					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															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																																																	
	申請者 (被保険者) 大阪自転車健康保険組合理事長 殿															住 所 氏 名					電 話																													
振 込 口 座	金融機関名 (フリガナ)										支店名 (フリガナ)										預金種別					口座番号					口座名義 (フリガナ)																			
																					普通 当座 その他 ()																													
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																													

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「**施術内容欄**」および「**施術証明欄**」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「**振込口座**」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「**同意記録**」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合、当該同意書に係る内容を「**同意記録**」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞

- ☐医師の同意書（原本） ☐施術報告書（写し） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

- 月16回以上
●訪問施術料4又は5を算定する場合

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																									
				—							年 月 日																												
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										(ﾌﾘｶﾞﾅ)										続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																
											男 ・ 女												(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																
										年 月 日生												○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）																	

施 術 内 容 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																						転 帰																	
																							継続・治癒・中止・転医																	
	施 術 料	マッサージ（施術料）										同意部位		(郵幹)		(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左下肢)		摘 要																
												施術回数		回		回		回		回		回																		
		通所										円× 回＝ 円																												
		(月16回以降の施術に係る50%減額)										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%減額)										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%減額)										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%減額)										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%減額)										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%減額)										円×0.5× 回＝ 円																														
温 電 法（加 算）										円× 回＝ 円																														
(月16回以降の施術における加算に係る50%減額)										円×0.5× 回＝ 円																														
温電法・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%減額)										円×0.5× 回＝ 円																														
変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可										同意部位		(右上肢)		(左上肢)		(右下肢)		(左下肢)																						
										施術回数		回		回		回		回																						
										円× 回＝ 円																														
(月16回以降の施術における加算に係る50%減額)										円×0.5× 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%減額対象）【該当の場合○】																				減額後合計額 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⑤ 訪問5⑤																																								
月																																								
○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 ())																																								

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. 出張専門施術者住所									
	令和 年 月 日										〒 ー																			
	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。										〒 ー									
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話 大阪自転車健康保険組合理事長 殿									

振 込 口座	金融機関名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)										支店名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)										預金種別										口座番号										口座名義 (ﾌﾘｶﾞﾅ)									
																					普通 当座 その他 ()																													

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																													

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「振込口座」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- ☐医師の同意書（原本） ☐施術報告書（写し） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
☐訪問施術料4又は5を算定する場合、訪問施術総括表（あんま・マッサージ）

●訪問施術料4又は5を算定する場合

訪問施術総括表（あんま・マッサージ用）

年 月分

施術所名：

区 分	施術場所（施設等名）	訪問施術区分				備 考
		区分	のべ算定回数	算定日数	同一日訪問人数 （平均）	
患家（1人）	-	1				
患家（2人）	-	2				
施設等		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
訪問施術料合計算定回数			①			
うち最頻施術建物での訪問施術料算定回数			②			

集中率（②÷①）

%

- 注
- ・訪問施術料4又は5を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。（請求先保険者に対し各1枚）
 - ・同一日訪問人数（平均）は四捨五入により小数点1桁で記載すること。
 - ・施設等の欄は必要に応じ行を追加して作成すること。
 - ・出張専門の施術者については、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。
この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

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	年 月 日
傷病名		
発病年月日	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	年 月 日	
症状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又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、筋萎縮又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)	
訪問又は 往療	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 () 分かれば記載下さい 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)	
☐ 同意書交付の留意点 (別紙) 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書を交付する必要があります。(別紙参照)
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（リハビリテーションにおいて行う場合も含む）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。

○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。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

令和 年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名

