

支給決定 同	被保険者	支給額	取得日	年	月	日	事務理事
	被扶養者		喪失日	年	月	日	
	7割	診療期間	年	月	日	～	事務長
	8割		年	月	日	日間	
9割 ( )割	同意期間	年	月	日	～	備考	担当者

- 太線枠内（被保険者記入欄・申請欄・委任欄）のみ本人が記入して下さい。
  - ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。
  - 施術内容欄・施術証明欄・同意記録欄については、施術者に記入してもらって下さい。
  - 申請の際には、診療を受けた際に支払った代金の領収書（必ず原本）が必要です。
- ※支給の可否の審査には時間がかかり、追加書類をお願いする事もあります。

療養費支給申請書

年 月 分

( マッサージ用 )  
第 回

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名		
			年 月 日				
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
		男 ・ 女		業務上・外、第三者行為の有無			
	生年月日	年 月 日	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				
	公費負担	( 乳幼児助成制度 ・ 身障者助成制度等 ) の適用を受ける事ができます はい ・ いいえ					

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術年月日		実日数	請求区分	
	年 月 日	年 月 日 ～ 至 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	
	マッサージ	軀幹	円 ×	回 =	円	摘要
		右上肢	円 ×	回 =	円	
		左上肢	円 ×	回 =	円	
		右下肢	円 ×	回 =	円	
		左下肢	円 ×	回 =	円	
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円	
温巻法	円 ×	回 =	円			
温巻法・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			
費用合計					円	

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。		保険所登録区別	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地	
	令和 年 月 日		あん摩マッサージ指圧師 住所 (〒 - ) (電話 )		
	(施術者登録番号 ) 氏名		Ⓜ		

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
			年 月 日		

申 請 欄	上記のとおり申請します。				
	令和 年 月 日	住所 (〒 - )	電話 ( )	-	
	フリガナ 申請者 (被保険者氏名) SGホールディングスグループ健康保険組合 御中				

退 職 者 の み 記 入  (振込先)	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ	フリガナ	支店 (店番 )	

委 任 欄	上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。		(事業主が記入する欄)	受付印
	令和 年 月 日	健保代理受領口代理人氏名		
	申請者 (被保険者氏名)			

## 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 ( 歳 )
傷病名		
発病年月日		年 月 日
同意区分		初回の同意 ・ 再同意 (2回目以降)
診療歴		本日 (同意日) が初めての診療である ( はい ・ いいえ )
症状	筋麻痺	(筋麻痺又は筋委縮のある部位について、該当するか所に○をしてください) <small>軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢</small>
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位に○をしてください) <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 ( )</small>
	その他	(筋麻痺、筋委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、具体的に記載してください)
(再同意の場合)前回同意時からの症状の改善状況		
施術の種類と施術部位		マッサージ ( 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ) 計 _____ 部位
		変形徒手矯正術 ( 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ) 計 _____ 部位
要加療期間		要加療期間 月 ( 週 回 程度 )
患者の歩行、通院、介助の状況	歩行	自立 杖等を利用 車椅子 ( 操作 : 可 ・ 不可 ) 歩行不可
	通院	徒歩 公共交通機関利用 タクシー 自家用車運転 家族等の送迎 その他 ( )
	介助	無し 有り ( 家族 施設職員 その他 ( ) )
往療の必要性		必要とする 必要としない
往療を必要とする理由		(往療について、歩行・通院・介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください)
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)
<p>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」が医学的見地から必要と認め、マッサージの施術に同意します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医師名 _____ 印</p>		

# 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健医療費担当規則第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、取り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。