

|           |   |          |                     |      |     |     |
|-----------|---|----------|---------------------|------|-----|-----|
| 支給<br>金額  | 円 | 算出<br>基礎 | 算出基礎(未就学児、高齢者7割・8割) | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 支給<br>年月日 |   |          |                     |      |     |     |

被保険者  
家族

療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

(     年     月分 )

下記(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。

|                                 |                                                  |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|--|---------|-----|---------------|--|----------------------------------|--|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の記号・番号                                      |  | 被保険者の氏名 |     | 所属            |  | 連絡先                              |  |       |  |
|                                 | -                                                |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
|                                 | 被保険者の住所                                          |  | 〒       |     |               |  |                                  |  |       |  |
|                                 | 療養を受けた者の氏名                                       |  |         |     | 続柄            |  | 療養を受けた者の生年月日                     |  |       |  |
|                                 | フリガナ                                             |  |         |     |               |  | 昭和<br>平成<br>令和     年     月     日 |  |       |  |
|                                 | 発病または負傷年月日                                       |  |         | 傷病名 |               |  | 業務上・外、第三者行為の有無                   |  |       |  |
|                                 | 年     月     日                                    |  |         |     |               |  | 1.業務上 2.第三者行為 3.左記以外             |  |       |  |
|                                 | 発症又は負傷の原因及びその経過、あんま・マッサージ・指圧受療の経緯                |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
|                                 |                                                  |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
|                                 | 施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)(訪問施術を受けた方のみ) |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
| 〒                               |                                                  |  |         |     |               |  |                                  |  |       |  |
| 同意<br>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 |  |                                  |  |       |  |

|                                                                                       |                              |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>・<br>証<br>明<br>欄<br>(<br>施<br>術<br>者<br>記<br>入<br>)               | 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<br>及び症状                  |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 転帰          |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 継続・治癒・中止・転医 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       | 施<br>術<br>料                  | マッサージ(施術料)                 |                                          | 同意部位<br>施術回数 |               | (軀幹)<br>回  | (右上肢)<br>回 | (左上肢)<br>回 | (右下肢)<br>回 | (左下肢)<br>回 | 摘要 |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              | 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          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              | 訪問施術料 4 (10人~19人)          |                                          |              |               | 円×         | 回=         |            |            | 円          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              | 訪問施術料 5 (20人以上)            |                                          |              |               | 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)<br>※温電法との併施は不可 |                                          | 同意部位<br>施術回数 |               | (右上肢)<br>回 | (左上肢)<br>回 | (右下肢)<br>回 | (左下肢)<br>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          |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       | 費用額計                         |                            |                                          |              |               |            |            |            | 円          |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日 通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③                                                            |                              |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |                              |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○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(     ) )      |                              |                            |                                          |              |               |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の通り施術を行い、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地 |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年     月     日                                                                         |                              |                            |                                          |              | 施術所名          |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              |                            |                                          |              | 所在地     〒     |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 免許登録番号                                                                                |                              |                            |                                          |              | あん摩マッサージ指圧師氏名 |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                       |                              |                            |                                          |              | 電話番号          |            |            |            |            |            |    |  |  |  |  |  |  |  |  |              |             |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

裏面に施術に係る療養費の取り扱いについて記載があります。

受付日付印

申請前に裏面を必ずお読みください。

## 《あんま・マッサージの施術に係る療養費の取り扱い》

- ・施術の都度、発行される領収書原本を全て添付してください。  
(原本は返却いたしません。)必要な方は事前にコピーを取ってください。
- ・初療時、及びその後6ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。
- ・「施術報告交付料」を請求する療養費支給申請書には、施術師より記入された「施術報告書」のコピーを添付ください。
- ・初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については、  
施術師より記入された「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。

### 【支給対象】

医療上、施術(あんま・マッサージ)を必要とする症例で、医師が施術について同意している。

#### 〈対象症状〉

- ・筋麻痺・筋委縮
- ・関節拘縮

### 【支給対象外】

- ・医師が施術について同意していない。  
※同意を得ていない場合は給付できません。
- ・疲労回復や慰安目的
- ・疾病予防のため
- ・工作中や通勤中の負傷(労災保険の対象)
- ・柔道整復師との重複受診はできません。  
あんま・マッサージ指圧師と柔道整復師とでは対象疾患が全く異なりますので  
同一疾病に対しての併給はできません。
- ・はり・きゅうとの重複受診はできません。  
支給となる対象疾患がはり・きゅうとは異なるため、同一疾病に対しての併給はできません。

### 【医師の同意書】

◎必ず、保険医の診察の上、文書での交付を受けてください。

- ・同意書の有効期限

| 同意日     | 同意書の有効期限      |
|---------|---------------|
| 1日から15日 | 同意月の5ヶ月後の末日まで |
| 16日から月末 | 同意月の6ヶ月後の末日まで |

- ・変形徒手矯正術は、毎月医師の同意書が必要です。
- ・再同意の際、施術報告書の交付を求め、交付料を請求する場合、写しを添付ください。
- ・同意書の交付が必要ない月(支給可能な期間)は同意記録を記入ください。