

支給金額	円	算出基礎	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 保 険 者 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 平成 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、保険証住所と異なる場合に記載)(訪問施術を受けた方のみ)								
	〒								
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				

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 記 入 ま た は 添 付 )	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	( 躯幹 )	( 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																							
		訪問施術料 3 (10人以上)		円 ×		回 =		円																							
		温罨法(加算)		円 ×		回 =		円																							
		温罨法・電気光線器具(加算)		円 ×		回 =		円																							
		変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )																							
			施術回数	回	回	回	回																								
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																									
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				あんま・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
- ・仕事中や通勤中の負傷(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  
同一疾患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、同一疾患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。