療養費支給申請書

あんま・マッサージ・指圧

トヨタ自動車健康保険組合							令和	年		月分(曆)	月ごと)	
氏名							生年月日					
						□昭和	和 □平成	□令和		п	П	
<u> </u>	1							年		月	日	
自	宅住所											
傷病名							病または 傷年月日	□平成 □令和		年	月 日	
発病または負傷 原因とその経過												
業務	务上の負傷ですか	. [コいいえ	□はい	第	三者行	為によるもの	りですか		□いいき	こにはい	
	初療	=		-		施術期間			実日数			
施	□平成 □令和	年	月	日	自:彳 至:彳		年 年	月 月	E		□新規 □ □継続	
	マッサージ		躯 幹		P]×	囯=		円	ļ		
			右上肢		P]×	囯=		円		京•中止	
			左上肢		P	-]×	囯=		円	摘	要	
			右下肢		P]×	回=		円			
ル世			左下肢		P	-X	回=		円			
術	温罨法					- X	回=		円			
内	温罨法•電気光線器具] ×	囯=		円			
	変形徒手矯正術		右上肢] ×	回=		円			
容			左上肢			- X	回=		円			
欄			右下肢] ×	回=		円			
17.5	Charles 41 have		左下肢] ×	回=		円			
	往療料 4kmまで					1 ×	回=		円田			
	往療料 4km超	松 I.			<u> </u>		<u> ш</u> =		円皿			
	施術報告書交付料 合計								<u>円</u> 円			
	通院〇								1 1			
	施術日 往療◎	1 2	3 4 5 6	7 8 9	10 11 12	2 13 14	15 16 17 1	8 19 20 2	1 22	23 24 25 26	27 28 29 30 31	
	上記のとおり施術を	行い、	その費用を	徴収しる	ました。	保	健所登録区分	1.施術所	所在均	也 2.出張専	門施術者住所地	
施術	令和 年		月	日								
証							所					
明	免許登録番号						6術所名					
欄		あんまマッサージ指圧師				氏名				(EI)		
					電	電話番号				<u> </u>		
同記	同意医師の氏名		住所				同,	意年月日		傷病名	要加療期間	
意録							年	月	目			

- 1. あんまマッサージ指圧師が記入してください。
- 2. 施術内容欄は保険分のみを記入してください。
- 3. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
- 4. 再同意時も同意書の写しを添付してください。
- 5. 1年以上・月16回以上の施術を継続している場合は、「施術継続理由・状態記入書」の記入をお願いします。

同意書 あんま・マッサージ・指圧

	住所									
患 者	氏 名									
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日					
傷病名										
発病年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和	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	令和 年 月 日									
	筋萎縮		左上肢 · 右下肢		肢					
症 状	関節拘縮	節拘縮のある部位について、(右肩 ・ 右肘 ・ 右手首左肩 ・ 左肘 ・ 左手首	· 右股関節 · 右脉		その他					
	その他(筋尿	麻痺、筋萎縮又は関節拘縮の	ある部位以外に施術を必	必要とする場合に	こは記載下さい)					
施術の種類	マッサージ	(躯幹 右上肢	左上肢 右下肢	左下肢)						
施術部位	変形徒手矯正征	析 (右上肢 左上	肢 右下肢 左下	肢)						
往療	1. 必要とする 2. 必要としない 往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 ()分かれば記載ください 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 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									
	()					
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) 注意事項										
上記の者については、頭書に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										
保険	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。(裏面参照) 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、<u>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</u> 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、<u>患者を診察</u>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、無診療同意を禁じた保険医療機関及 び保険医療療担当規則第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<u>施術に当たって注意すべき事項</u>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。

○再同意書(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、<u>6 ケ</u> <u>月を超えて引き続きマッサージ</u>を受けようとする場合又は<u>1ヶ月を超えて引き続き変形徒手</u> 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。