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	○被保険者証等の記号番号	○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
	-	令和　年　月　日	

療養を受けた者の氏名		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女		（　1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　）） ○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）
	明・大・昭・平・令　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
	平成・令和　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　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		同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
	マッサージ（施術料）	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		
		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				
合計		円						
一部負担金（1割・2割・3割）		円						
請求額		円						

施術日	訪問1①	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
通所○ 往療◎	訪問2② 訪問3③																																

○往療又は訪問の理由（　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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	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	〒　－
	兵庫県運輸業健康保険組合理事長　殿	申請者（被保険者）　住所 氏名
		電話

支払機関欄	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。） （注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名	支店名	預金の種類	口座番号	口座名義（カタカナで記入）
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	1.普通　2.当座 3.別段		

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　令和　年　月　日

申請者（被保険者）	住所	代理人	住所
	氏名		氏名

※　給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

＜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。
・「支払機関欄」は、被保険者名義（委任した場合は、代理人）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。
・「委任欄」は、被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合に記入してください。ただし、施術者及びその関係する法人等への委任はできません。
※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）　□往療状況確認表　□１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

別添２（別紙２）

診　断　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	昭和・平成・令和　年　月　日
傷 病 名		
発病年月日	令和　年　月　日	
診察区分	初 診 ・ 再 診　（○をつけてください）	
診 察 日	令和　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、○をつけてください） 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、○をつけてください） 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	
歩行等の状態	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 （　　）	
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載してください（任意）	

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記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。

別添２（別紙１）

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	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
傷　病　名		
発病年月日	令和　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（○をつけてください）	
診　察　日	令和　　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、○をつけてください） 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、○をつけてください） 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ください）
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　　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 （　　）	
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ください（任意）	

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ください。

別添２（別紙５）

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（マッサージ用）

（ 令和　　年　　月分）

患　　者	氏　名	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
傷　病　名		
症　　状	１．筋麻痺　２．関節拘縮　３．その他（　　）	
施術の種類	１．マッサージ　２．変形徒手矯正術	
施術部位	１．躯幹　２．右上肢　３．左上肢　４．右下肢　５．左下肢	
初療年月日	令和　　年　　月　　日	
施術回数	月　　回　（当該月の施術回数を記載）	

患者の状態の評価			評価日	令和　　年　　月　　日
基本動作	寝返り	１．自立	２．一部介助	３．全介助
	起き上がり	１．自立	２．一部介助	３．全介助
	座位	１．自立	２．一部介助	３．全介助
	立ち上がり	１．自立	２．一部介助	３．全介助
	立位	１．自立	２．一部介助	３．全介助
前月の評価の有無		１．有り	２．無し	

前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）

１．悪化　２．維持　３．改善小　４．改善中　５．改善大

（症状、経過及び初療の日から１年以上経過して、月１６回以上の施術が必要な理由）

上記のとおりであります。

令和　　年　　月　　日

あん摩マッサージ指圧師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。

別添１・２（別紙６）

施術報告書

医師　　様

○　以下のとおり、施術の状況をご報告いたします。

○　本報告をご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ご判断いただきますようお願いいたします。

○　不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記までご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	昭和・平成・令和　　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

往療状況確認表

令和　　年　　月分　施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：　※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（　　）施設種別（　　）

日	同一日・同一建物記入欄	往療の起点（出発点または先順位住所）	施術開始時間	起点からの直線距離（地図上の直線距離）
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

〈往療を必要とする理由〉

１．独歩による公共交通機関等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（　　）

〈介護保険の要介護度〉　（１．２．３．４．５）分かれば記載してください

〈医療機関等への受診方法についてお知らせください〉

1.独歩　2.往診　3.車椅子等（　　）

付き添い（　ア．有り　　イ．無し）

注　・　施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど

・　同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。

・　同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。

・　往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。

・　個人情報の取り扱いには、十分注意すること。