

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

「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」の一部改正について

「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号厚生労働省保険局
医療課長通知）については、その一部を下記のとおり改正し、本年12月1日以降の
施術分から適用することとしたので、貴管下の関係者に周知を図るとともに、円滑に
取り扱われるよう御配慮願いたい。

記

- 1 別添1の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>別添 1</p> <p>はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章～第 6 章 (略)</p> <p>第 7 章 施術報告書交付料</p> <p>1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、<u>別紙 6 の施術報告書に施術の内容、施術の頻度 (月平均〇回実施というように 1 ヶ月の平均施術回数を明記すること)、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合 (又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合) に支給できること。</u></p> <p>なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は 1 回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の 5 ヶ月後 (初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は 6 ヶ月後) の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前 5 ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初</p>	<p>別添 1</p> <p>はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章～第 6 章 (略)</p> <p>第 7 章 施術報告書交付料</p> <p>1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、<u>別紙 6 の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合 (又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合) に支給できること。</u></p> <p>なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は 1 回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の 5 ヶ月後 (初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は 6 ヶ月後) の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前 5 ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して 1 ヶ月の期間の施術について施術</p>

療又は再同意日から起算して1ヶ月の期間の施術について施術
報告書を交付した場合に1回に限り支給するものであること。

2 (略)

第8章～第9章 (略)

報告書を交付した場合に1回に限り支給するものであること。

2 (略)

第8章～第9章 (略)

2 別添1の別紙1から別紙6の各様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平・令	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	
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）		
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名			

印

※ 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 患者がはり、きゅうの施術を受け、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 はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、
ア 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄1～6）
イ ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。（「病名」欄7）
ウ ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 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、はり、きゅう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険医療費担当規則第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（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
- 5 はり、きゅう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。
- 6 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

- 7 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きはり、きゅう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、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう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。

診 断 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平・令	年 月 日	
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけて下さい)		
診 察 日	令 和	年 月 日	
症 状 (主訴を含む)			
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)		
令 和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名			
			印

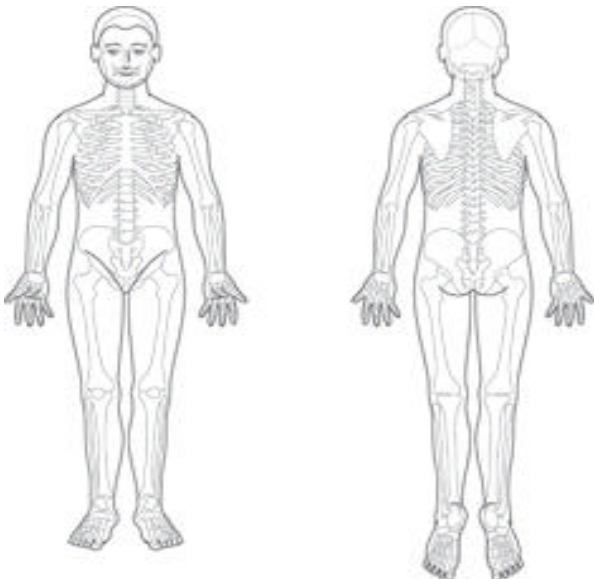
※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

施 術 録

健康保険(協・組・日)・船員保険
 国民健康保険・退職者共済組合
 後期高齢者自衛隊等・公費負担
 自費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

公費負担医療	公費負担者番号								
	公費負担受給者番号								

被保険者証	記号		施術を受ける者	氏名	(フリガナ)				続柄	
	番号			生年月日	年	月	日	男 女		
被保険者	氏名	(フリガナ)		事業所	所在地					
	生年月日	年	月		日	名称				
	有効期限	年	月	日	保険者	所在地				
	(フリガナ)			名称						
住所	〒		番号							
	資格取得年月日	年	月	日						
病名		発病年月日	初療年月日	施術終了年月日	日数	施術回数	転帰			
			年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医			
			年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医			
同意記録	病医院名			発病の原因						
	住所			第三者行為	業務上・第三者行為・その他					
	電話			施術の部位(図解)						
	フリガナ									
同意医師名										
同意	年	月							日	
施術者	施術期間	自	至	年	月	日				
既往症・主要症状・経過等										

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

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																									
					年 月 日																													
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過																									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																									
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数																									
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日																									
	傷病名				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医																									
	初 検 料				円				摘 要																									
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																	
	はり				円× 回= 円																													
	きゅう				円× 回= 円																													
	はり・きゅう併用				円× 回= 円																													
	電療料				円× 回= 円																													
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																	
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 額 計				円																														
施術日	通院○	往療○	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
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 _____ はり師				住所				氏 名				☎ 電 話																						
免許登録番号 _____ きゅう師				氏 名				☎ 電 話																										
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				〒 _____				氏 名				☎ 電 話																		
申請者 (被保険者) 殿				住所				氏 名				☎ 電 話																						
支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店																						
1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座				金庫 支店				農協 出張所																						
3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段																														
口座名義カタカナで記入				口座番号								郵便局																						
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 住所				氏 名				☎							
(被保険者)				住所				氏 名				☎			
代理人				住所				氏 名				☎			

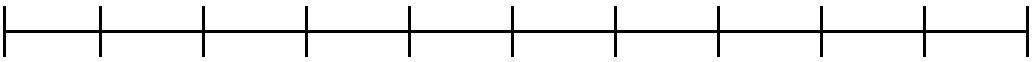
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

別添1 (別紙5)

(はり・きゅう用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(令和 年 月 分)

患 者	氏 名												
	生年月日	明	・	大	・	昭	・	平	・	令	年	月	日
傷 病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												
施 術 の 種 類	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用												
初 療 年 月 日	昭・平・令 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						
痛 み の 強 さ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	 <p>NRS (Numerical Rating Scale : ニューメリカル レーティング スケール) による評価 (注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、 今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。</p>												
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													
はり師・きゅう師氏名												印	

備考 この用紙は、A列4番とすること。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御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御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御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	年 月 日
施術の内容	
施術の頻度	月 平均 回
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

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

3 別添2の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>別添2</p> <p>マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第1章～第3章 (略)</p> <p>第4章 施術料</p> <p>1～4 (略)</p> <p><u>5 変形徒手矯正術は、現に関節拘縮や筋萎縮が起こり、その制限がされている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図る変形の矯正を目的とした施術でありマッサージと併せて行うことから、マッサージの加算とする取扱いとして同一部位にマッサージ及び変形徒手矯正術の両方を行った場合に限り、両方の料金を算定すること。</u></p> <p><u>また、変形徒手矯正術は、6大関節（肩、肘、手首、股関節、膝、足首）を対象とし1肢（右上肢、左上肢、右下肢、左下肢）毎に支給すること。</u></p> <p><u>なお、変形徒手矯正術と温罨法の併施は認められない。</u></p> <p>6 (略)</p> <p>第5章 (略)</p>	<p>別添2</p> <p>マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第1章～第3章 (略)</p> <p>第4章 施術料</p> <p>1～4 (略)</p> <p><u>5 変形徒手矯正術は、6大関節を対象とし1肢毎に支給すること。</u></p> <p>6 (略)</p> <p>第5章 (略)</p>

第6章 施術報告書交付料

1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙6の施術報告書に施術の内容、施術の頻度（月平均〇回実施というように1ヶ月の平均施術回数を明記すること）、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。

なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は1回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の5ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の16日以降の場合は6ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前5ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して1ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に1回に限り支給するものであること。

2 (略)

第7章～第8章 (略)

第6章 施術報告書交付料

1 施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙6の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。

なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は1回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の5ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の16日以降の場合は6ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前5ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して1ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に1回に限り支給するものであること。

2 (略)

第7章～第8章 (略)

4 別添2の別紙1から別紙6の各様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

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	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 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	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	<small>（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい）</small> 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関 節 拘 縮	<small>（関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい）</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 （ ）
	そ の 他	<small>（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下さい）</small>
施術の種類 施術部位	マッサージ （ 軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢 ）	
	変形徒手矯正術 （ 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 マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>保 險 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 險 医 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>		

※ 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・筋萎縮・関節拘縮等、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険医療費担当規則第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。

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	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
診察区分	初 診 ・ 再 診 （○をつけて下さい）	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋麻痺 筋萎縮	<small>(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</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 ()
	その他	
歩行等 の状態	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つての外出が困難 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下さい (任意)	
令和 年 月 日		
保険医療機関名		
所在地		
保険医氏名		
印		

※ 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下さい。

マッサージの施術

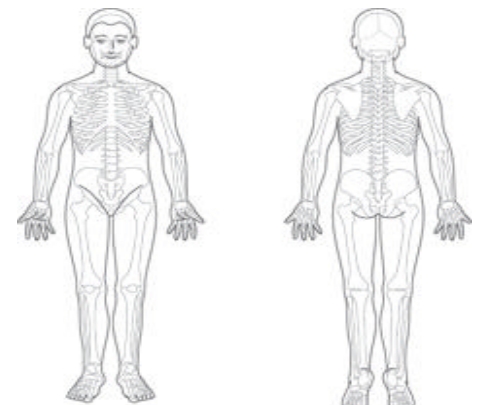
NO. _____ (表面)

施 術 録

健康保険(協・組・日)・船員保険
国民健康保険・退職者共済組合
後期高齢者自衛隊等・公費負担
自費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

公費負担医療	公費負担者番号								
	公費負担受給者番号								

被保険者証	記号		施術を受ける者	氏名	(フリガナ)					続柄	
	番号			生年月日	年	月	日	男女			
被保険者	氏名	(フリガナ)		事業所	所在地						
	生年月日	年	月		日	名称					
	有効期限	年	月	日	保険者	所在地					
	住所	(フリガナ)		名称							
資格取得年月日	年	月	日	番号							
TEL											
病名	発病年月日	初療年月日	施術終了年月日	日数	施術回数	転帰					
		年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医					
		年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医					
同意記録	病医院名			同意症状	発病の原因						
	住所				第三者行為	業務上・第三者行為・その他					
	電話										
	フリガナ										
施患者者	同意	年	月	日	施術の種類	マッサージ	躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢				
	施術期間	自	年	月		日	変形徒手矯正術	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢			
	至	年	月	日		温電法	温電法・電気光線器具				
						往療距離	km				
既往症・主要症状・経過等						施術の部位(図解)					
											

月 / 日	施 術 の 内 容				合計金額	施術経過所見 (再同意の記録を含む)	
	マッサージ 部位	変形徒手矯正術 部位	温電法 又は 電気光線器具	往 療 km			
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
/					円		
月	合計 回数	回	合計金額	円	請求 期間	自 年 月 日 日間 請求 至 年 月 日 日間 金額	円
月	合計 回数	回	合計金額	円	請求 期間	自 年 月 日 日間 請求 至 年 月 日 日間 金額	円
月	合計 回数	回	合計金額	円	請求 期間	自 年 月 日 日間 請求 至 年 月 日 日間 金額	円
請求年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
領収年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	

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																							
						年 月 日																										
	(フリガナ)					続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					男・女			○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																							
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間					実 日 数		請 求 区 分																						
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 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																								
	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)		右上肢		円×	回=		円																								
			左上肢		円×	回=		円																								
			右下肢		円×	回=		円																								
		左下肢		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																									
合 計							円																									
施術日 通院○ 往療◎	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
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					住所			氏名 ④ 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					申請者 住所			氏名 ④ 電話																							
	殿 (被保険者)																															
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名			銀行 本店																								
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		金庫 支店			農協 出張所																								
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		郵便局																												
□ 座名義 カタカナで記入		□ 座番号																														
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 住所

(被保険者) 氏名 ④

住所

代理人 氏名 ④

※ 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。

別添2 (別紙5)

(マッサージ用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(令和 年 月分)

患者	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令	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	昭・平・令 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、A列4番とすること。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御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御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御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	年 月 日
施術の内容	
施術の頻度	月 平均 回
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

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