決裁日付印

伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐 係長	係
支給年月日	令和　年　月　日						
支給額							

※ 支給決議書

支給内訳			資格			
法定			得	年　月　日	認	年　月　日
付加			喪	年　月　日	削	年　月　日

マッサージ			
躯幹	円 × 回 ＝ 円	変形徒手矯正術	円 × 肢× 回 ＝ 円
右上肢	円 × 回 ＝ 円		円 × 回 ＝ 円
左上肢	円 × 回 ＝ 円		円 × 回 ＝ 円
右下肢	円 × 回 ＝ 円		円 × 回 ＝ 円
左下肢	円 × 回 ＝ 円		円 × 回 ＝ 円
施術料合計	円	一部負担	円

健康保険　被保険者 療養費 / 被扶養者 療養付加金　支給申請書（あんま・マッサージ用）

被保険者が記入するところ

㋐ 被保険者等 記号・番号	㋑ 生年月日	㋒ 被保険者の（申請者）氏名	（フリガナ）
―	昭 平 令　年　月　日		

療養が被扶養者に関する時はその方の	㋓ 氏名	㋔ 生年月日	昭 平 令　年　月　日	㋕ 被保険者との続柄	

㋖ 被保険者の（申請者）住所	（フリガナ） 〒　－ TEL　（　）

㋗ 事業所の名称		㋘ 事業所の所在地	

㋙ 傷病名		㋚ 療養開始日	平 令　年　月　日

㋛ 負傷の場合その原因及び経過

［発病日時・場所等］※傷病名がけがの場合のみご記入ください

平・令　年　月　日（　曜日）

☐ 午前 ・☐ 午後　時　分頃

1. 発病をした日は次のうちどれにあたりますか。
   ☐ 出勤日 ・☐ 休日（定休日・休暇を含む）
   ☐ その他（　）
2. 発病をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。
   ☐ 勤務時間中 ・☐ 通勤途中（☐ 出勤 ☐ 退勤）
   ☐ 出張中 ・☐ 私用 ・☐ その他（　）
3. 発病に至った場所は次のうちどれにあたりますか。
   ☐ 会社内 ・☐ 道路上 ・☐ 自宅
   ☐ その他（　）
4. 発病の原因は次のうちどれにあたりますか。
   ☐ 交通事故 ・☐ 暴力（ケンカ）
   ☐ スポーツ中（☐ 職場の行事・☐ 職場の行事以外）
   ☐ 動物による負傷（飼い主 ☐ 有・☐ 無）
   ☐ あてはまらない
5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。
   ☐ 被害者 ・☐ 加害者 ・☐ 相手無
6. 発病の状況・原因を具体的に記入してください。

施術を受けた施術所等	㋜ 名称		㋝ 施術者氏名	
	㋞ 所在地			

㋟ 施術期間（支給期間）	対象月	自	年　月　日	施術日数	㋠ 施術に要した費用の額
	月	至	年　月　日	日	円

㋡ 施術の内容		㋢ 療養の給付を受けることができなかった理由	

令和　年　月　日提出

※ 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名	

東京都報道事業健康保険組合

2024.12

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します	令和　　年　　月　　日
	㋥ 被保険者（申請者）	住　所 氏　名
	㋠ 代理人（事業主）	住　所 事業所名 氏　名

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。

2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ㋓㋔㋕ の欄に“該当せず”とご記入ください。
〃「被扶養者」にマルをされた方は ㋓㋔㋕ の欄に必ずご記入ください。

3. 任意継続被保険者の方は ㋖ の欄 に“任意継続”とご記入ください。

4. ㋗「発病の原因及び経過」の欄は必ずご記入ください。

5. 「委任状」の欄は㋥の欄は被保険者(申請者)が、また㋠の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【注意事項】

1. 暦月ごとに申請してください。

2. あんま・マッサージ・指圧の施術期間中に同一傷病に対する療養費支給と、医療機関での保険診療の併用はできません。療養費の支給は、併給の確認のほか、内容確認・審査を経て支給決定を行いますので、施術月より3ヶ月程度かかることがございます。予めご了承ください。

【添付書類について】

1. 療養費支給申請書(施術者記入様式)
施術者に施術内容等の証明を受けてください。

2. 領収証(原本)
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるものを受け取ってください。

3. 医師の施術同意書(原本)
初診日から6ヶ月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は、再度、医師の診察のうえ施術同意（再同意）を受けることが必要です。また、同意期間内において2回目以降の請求については、施術同意書の添付省略または施術同意書（写し）の添付で差支えありません。

4. 施術報告書(写し)
施術者から施術を同意した医師への施術報告書が提出されたことによる「施術報告書交付料」の算定がされている場合は、施術者が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。

同　意　書　（あんま・マッサージ・指圧用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生 年 月 日	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　（〇をつけて下さい）	
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、〇をつけて下さい） 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、〇をつけて下さい） 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下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（　躯幹　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　）	
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下さい（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。
　　保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

2024.12

療養費支給申請書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）（令和6年10月以降施術分）

機関コード

公費負担者番号								
公費受給者番号								
区市町村番号								
受給者番号								

特記事項

1 社国　3 後高　2 本外　4 六外　6 家外　8 高外一　0 高外7
2 公費　4 退職

種類　04 マ

給付割合		
8	9	10

保険者番号

被保険者欄			
○被保険者等の記号番号	○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	
	年　月　日		
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平・令　年　月　日生	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 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、保険証等住所地と異なる場合に記載）

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
傷病名及び症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医

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）
	施術回数	回	回	回	回	回

施術料		
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

摘要

施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 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。

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

令和　年　月　日

登録記号番号

施術所　〒　－　所在地　名称

施術管理者　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

〒　－　住所

殿　申請者（被保険者）　氏名　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名
1. 振込　2. 銀行送金　3. 郵便局送金　4. 当地払	1. 普通　2. 当座　3. 通知　4. 別段	銀行・金庫・農協　本店・支店・出張所
口座名義 カタカナで記入	口座番号	郵便局

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		

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	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	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	平・令　　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

あんまマッサージ指圧師氏名

2024.12

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。

患者氏名	
患者生年月日	年　　月　　日
施術の内容・頻度	
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿