

健保 決裁 欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月

【退職者用】

療 養 費 請 求 書(あんま・マッサージ用)

療 養 費
 第二家族療養費

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	被保険者氏名												
	受療者氏名 (生年月日)	(年 月 日生)										発病又は 負傷年月日	年 月 日	
	傷病の原因 及びその経過													
	第三者行為に よる傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→「はい」の場合は「第三者行為に よる傷病届」を提出						業務上、または通勤 途上での傷病ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保 険 者 記 入 欄	上記のとおり請求します。													
	パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。													
	平成 年 月 日 (年 月 日)													
	住所 被保険者氏名 (請求者氏名) ㊟ 電 話 ()													
資格喪失(予定)者記入欄														
◆ 現役退職後の請求の場合は、被保険者本人の口座を記入 (任継・特退被保険者本人が請求される場合は記入不要)														
◆ 被保険者死亡による請求の場合は相続人の口座を記入														
※ 相続人が請求者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類 (戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は添付不要)														
(フリガナ)						(フリガナ)								
(金融機関コード)						(店番コード)								
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所								
普通						フリガナ								
口座番号						名義								
※請求者名義の口座に限る														

施 術 者 内 容 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	施術期間										実日数	請求区分	転 帰																			
	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日										日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																			
	傷病名及び症状詳細																																
	マ ッ サ ー ジ	躯幹	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																												
	変形徒手矯正術	円 ×	肢 ×	回 =	円																												
	温電法	円 ×	回 =	円																													
温電法・電気光線器具	円 ×	回 =	円																														
往療料	4kmまで	円 ×	回 =	円																													
	4km超	円 ×	回 =	円																													
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月)																																	
合 計																																	
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。																																	
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																																	
住所(所在地)																																	
平成 年 月 日																																	
施 術 所 名																																	
免許登録番号																																	
氏 名																																	
あんまマッサージ指圧師																																	
電話 ()																																	
同意医師の氏名																																	
同意医師の住所																																	
同意年月日																																	
傷病名																																	
要加療期間																																	

健 保 記 入 欄	SEQ	本人・家族	支給期間	実日数	元 金 額	支給決定金額
		本・家	年 月	日	千 円	千 円
備考欄						

<添付書類(原本を添付)>

・医師の同意書(初療と変形徒手矯正術は同意書必須、再同意は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可。ただし、6カ月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)

・領収書原本

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。

同 意 書

(あんまマッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	平成 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	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、○をつけて下さい) 軀 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、○をつけて下さい) 右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首 () 左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首 ()
		そ の 他
	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 ()分ければ記載下さい 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
あんまマッサージが必要と認め、あんまマッサージの施術に同意する。

年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関 名

保 険 医 氏 名

(印)

電 話 番 号

医 療 機 関 コード

※ 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養担当規則第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。