（平成 16 年 10 月１日 保医発第 1001002 号）
（平成 17 年３月 30 日 保医発第 0330001 号）
（平成 20 年５月 26 日 保医発第 0526002 号）
（平成 22 年５月 24 日 保医発 0524 第４号）
（平成 25 年４月 24 日 保医発 0424 第２号）
（平成 28 年９月 30 日 保医発 0930 第４号）
（平成 29 年６月 26 日 保医発 0626 第３号）
（平成 30 年５月 24 日 保医発 0524 第２号）
（平成 30 年６月 20 日 保医発 0620 第１号）

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

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取扱いの適正を図るため、留意事項等に関する既通知を整理し、別添のとおりとしたので貴管下の関係者に周知徹底を図るとともに、その取扱いに遺漏のないよう御配意願いたい。

なお、下記の通知は、平成 16 年 10 月１日をもって廃止する。

記

あんま、マッサージに係る療養費の支給について
（昭和 33 年９月 30 日保険発 126 号）
あん摩マッサージ指圧師に係る療養費の支給について
（昭和 40 年４月８日保険発 37 号）
はり、きゅう及びマッサージの施術に係る療養費の取扱いについて
（昭和 46 年４月１日保険発 28 号）
はり・きゅう及びあんま・マッサージに係る療養費の支給について
（昭和 47 年２月 28 日保険発 22 号）
あんま・マッサージの施術について
（昭和 63 年６月６日保険発 59 号）
はり・きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る医師の同意書の取扱いについて
（平成元年９月４日保険発 85 号）
はり・きゅうの施術に係る医師の診断書について
（平成４年５月 22 日保険発 75 号）
はり、きゅう及びあんま・マッサージに係る療養費の支給の取扱いについて
（平成８年５月 24 日保険発 84 号）
はり、きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費の取扱いについて
（平成９年 12 月１日保険発 150 号）

別添１

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

第１章　通則

１　はり、きゅうの施術に係る療養費（以下「療養費」という。）の対象となる施術は、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」（昭和 22 年 12 月 20 日法律第 217 号）に反するものであってはならないこと。

２　患者が施術者から健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供を受けて、当該施術者を選択し、施術を受けた場合は、療養費の支給の対象外とする。

３　療養費の適正な支給を確保するためには、施術を行う者の協力が不可欠であることから、療養費の対象となる施術を行う機会のある施術者に対しては、本留意事項の周知を図り、連携して円滑な運用に努めること。

４　請求のあった療養費は、適正な支給を確保しつつ速やかに支給決定するよう努めること。

第２章　療養費の支給対象

１　療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものであり、主として神経痛・リウマチなどであって類症疾患については、これら疾病と同一範ちゅうと認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする疾患）に限り支給の対象とすること。

２　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、医師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こと。

３　神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする６疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を個別に判断し、支給の適否を決定する必要があること。

4　支給の対象となる疾病は慢性病であるが、これら疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものであること。

第３章　医師の同意書、診断書の取扱い

1　病名・症状（主訴を含む）、発病年月日、診察区分及び診察日の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書は、医師の同意書に代えて差し支えないこと。

2　同意書に代える診断書は、療養費払の施術の対象の適否に関する直接的な記述がなくても、保険者において当該適否の判断が出来る診断書であれば足りること。

3　同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第５章１の療養費の支給が可能とされる期間（以下「一の同意書、診断書により支給可能な期間」という。）内における２回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないこと。

4　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場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給可能な期間内における２回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないこと。

5　医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

6　同意書は、医師の医学的所見、症状経緯等から判断して発行されるものであり、同意書発行の趣旨を勘案し判断を行うこと。なお、保険者が同意医師に対し行う照会等は、必要に応じて行われるべきものであること。

7　同意又は再同意を求める医師は、緊急その他やむを得ない場合を除き、当該疾病について現に診察を受けている主治の医師とすること。

8　医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

9　医師と施術者との連携が図られるよう、医師の再同意に当たっては、医師が、施術者の作成した施術報告書により施術の内容や患者の状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき同意をするべきものであること。また、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。

なお、医師が、施術報告書の提供を受けていない場合であっても、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。

10　はり、きゅうの施術に係る診断書の交付を患者から医師が求められた場合は、円滑に交付されるようご指導願いたいこと。

第４章　初検料

1　初検料は、初回の場合にのみ支給できること。

2　患者の疾病が治癒した後、同一月内に新たな同意に基づき新たな疾患に対して施術を行った場合の初検料は支給できること。

3　現に施術継続中に他の疾病につき初回施術を行った場合は、それらの疾病に係る初検料は併せて１回とし、新たな初検料は支給できないこと。

4　再発の場合は初検料が支給できること。なお再発として取り扱う基準は、一律に設けることはできないことから、同意書等により適宜判断すること。

5　施術継続中に保険種別に変更があった場合の初検料は、支給できないこと。

第５章　施術料

1　同意書又は診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内は療養費を支給して差し支えないこと。

ただし、初療又は医師による再同意日から起算して６ヶ月（初療又は再同意日が月の 15 日以前の場合は当該月の５ヶ月後の月の末日とし、月の 16 日以降の場合は当該月の６ヶ月後の月の末日とする。）を超える期間が記載されていても、その超える期間は療養費の支給はできないものであり、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。

加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうとする場合、初療又は医師による再同意日が、月の 15 日以前の場合は当該月の５ヶ月後の月の末日、月の 16 日以降の場合は当該月の６ヶ月後の月の末日までの期

間内は療養費を支給して差し支えないこと。

2　療養費は、同一疾病にかかる療養の給付（診察・検査及び療養費同意書交付を除く。）との併用は認められないこと。
　なお、診療報酬明細書において併用が疑われても、実際に治療を受けていない場合もあることに留意すること。

3　「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について」（平成 14 年５月 24 日保発第 0524003 号）により療養費の施術期間及び回数の限度は設けず、個別のケースに応じて、必要性を十分考慮して対応すべきであるので、療養費の支給決定にあたって、必要に応じ申請者に施術者が作成した施術内容のわかる文書の提出を求めるなど、その適正な支給に万全を期すこととされていること。

4　保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費の支給はできないこと。

5　施術料（初回を含む。）は、疾病の種類、疾病の数及び部位数にかかわらず１日１回に限り支給するものであること。なお、同日に行われたはり術、きゅう術の施術は、それぞれ１術で支給を行うことなく２術として支給が行われるものであること。

第６章　往療料

1　往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に、患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に支給できること。

2　往療料は、治療上真に必要があると認められる場合（定期的・計画的に行う場合を含む。）に支給できること。治療上真に必要があると認められない場合、単に患家の求めに応じた場合又は患家の求めによらず定期的・計画的に行う場合については、往療料は支給できないこと。

3　「はり・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について」（平成４年５月 22 日保発第 57 号）により、２戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第２位以降の患家に対する往療距離の計算は、第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とするものとされている

ところであるが、先順位の患家から次順位の患家への距離が第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患家への距離に比べ遠距離になる場合は、第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

４　往療の距離は、第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

５　片道 16km を超える往療については、第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた部分のみではなく全額が認められないこと。

なお、片道 16km を超える往療とは、２戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第２位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第９章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

６　同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）に居住する複数の患者を同一日に施術した場合の往療料は、別々に支給できないこと。ただし、やむを得ない理由があって、同一の建築物に複数回赴いて施術した場合はこの限りでないこと。

７　往療料を支給する療養費支給申請書には、施術者に施術内容と併せて「摘要」欄等に往療日及び往療を必要とした理由の記入を受ける取扱いとすること。

８　往療に要した交通費については、患家の負担とすること。

往療時に要したバス、タクシー、鉄道、船等の交通費は、その実費とすること。自転車、スクーター等の場合は、土地の慣例、当事者間の合議によるべきであるが、通例は交通費に該当しないこと。

第７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、施術報告書を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。

２　施術者は、やむを得ず、施術報告書を作成しない場合であっても、医師との連携が図られるよう、患者を診察する医師からの施術に関する問合せに応じるべきものであること。

第８章　施術録

療養費の円滑な運用をするためには、施術者の行った施術の内容について確認する必要が生じる場合が考えられるが、公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連合の会員である施術者には、当該法人より別紙３の施術録を整備すること、保険者等から施術録の提示及び閲覧等を求められた場合は速やかに応じること、施術録を施術完結の日から５年間保管すること、が周知指導されているので参考にされたい。

施術録の記載事項（例）

(1)　受給資格の確認

ア　保険等の種類

①健康保険（協・組・日）　②船員保険　③国民健康保険（退）

④共済組合　⑤後期高齢者医療　⑥その他

イ　被保険者証等

①記号・番号　②氏名　③住所・電話番号　④資格取得年月日

⑤有効期限　⑥保険者・事業所名称及び所在地　⑦保険者番号等

ウ　公費負担

①公費負担者番号　②公費負担の受給者番号

エ　施術を受ける者

①氏名　②性別　③生年月日　④続柄　⑤住所

◎月初めに適宜、保険証を確認するなど、必要な措置を講ずること。

(2)　同意した医師の住所、氏名と同意年月日及び再同意した医師の住所、氏名と再同意年月日

(3)　同意疾病名

(4)　初療年月日、施術終了年月日

(5)　転帰欄には、治癒、中止、転医の別を記載すること。

(6)　施術回数

(7)　施術の内容、経過等

施術月日、施術の内容、経過等を具体的に順序よく記載すること。

(8)　施術明細

①往療料　km、その他

②はり、きゅう、電気鍼又は電灸器及び電気光線器具

③上記について施術後その都度、必要事項及び金額を記入すること。

④施術所見を記入すること。

第９章　支給事務手続き

１　療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙４のとおりとしたので参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

２　療養費支給申請書の施術証明欄の施術者住所は、保健所等に開設の届けを行っている施術所の所在地とすること。なお、専ら出張のみによってその業務に従事することとして保健所等へ届けを行っている施術者にあっては、届け出た住所地とすること。

３　療養費支給申請書は、暦月を単位として作成すること。

４　同一月内の施術については、施術を受けた施術所が変わらない限り、申請書を分けず、一の療養費支給申請書において作成すること。

なお、施術を行った施術者が同一月内に複数人いる場合は、「摘要」欄等にそれぞれの施術者氏名とその施術日について、施術者に記入を受ける取扱いとすること。

５　初療の日から１年以上経過している患者であって、かつ、１月間の施術を受けた回数が 16 回以上の者は、施術者に別紙５の１年以上・月 16 回以上施

術継続理由・状態記入書の記入を受け、療養費支給申請書に添付する取扱いとすること。

なお、１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書については、患者の状態の評価を行った施術者に評価内容と併せて評価日及び月 16 回以上の施術が必要な理由の記入を受ける取扱いとすること。

６　施術報告書交付料を支給する療養費支給申請書には、施術者より記入を受けた別紙６の施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

７　はり師、きゅう師の継続施術中に保険種別等の変更があった場合で、被保険者又は変更後の保険者から同意書の写しの請求を受けた変更前保険者は、速やかに同意書の写しを交付すること。

８　同意期間中に対診を行った場合であっても、対診が診察又は検査のみであって、対診時の病名で施術を再開した場合は、当初の同意期間内であれば改めて同意は不要として差し支えないこと。

また、施術の転帰が中止であれば、同意期間中の施術の再開は差し支えがないこと。

別添１（別紙１）

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　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　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	平成　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。

平　成　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。

（裏面）

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（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。

別添１（別紙２）

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　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　年　月　日	
診察区分	初　診　・　再　診　（○をつけて下さい）	
診　察　日	平成　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）	

平　成　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。

別添１（別紙３）

鍼・灸の施術

NO.　　（表　面）

施　術　録

健康保険（協・組・日）・船員保険
国民健保・退　職　者・共済組合
後期高齢・自 衛 隊 等・公費負担
自　　費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

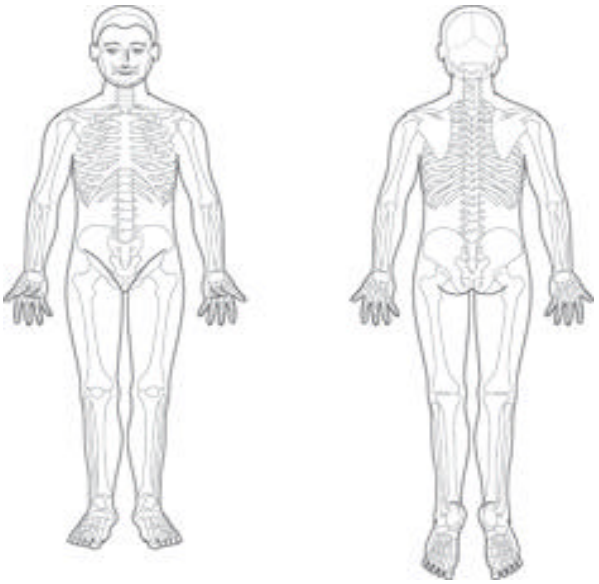
公費負担医療									
公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

被保険者証			施術を受ける者				
記　号			氏　名	（フリガナ） 男・女		続柄	
番　号			生年月日	年　月　日			

被保険者			事業所		
氏　名	（フリガナ） 男・女		所在地		
生年月日	年　月　日		名　称		
有効期限	平成　年　月　日		保険者		
（フリガナ）			所在地		
住　所	〒 TEL		名　称		
資格取得年月日	昭・平　年　月　日		番　号		

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）		
ﾌﾘｶﾞﾅ				
同意医師名				
施術者	患者	同　意	平成　年　月　日	
		施術期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	



既往症・主要症状・経過等

この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと

社団法人　日本鍼灸師会　　会員用

（裏　面）

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）
	はり	灸	はり灸	電気針又は電気温灸器及び電気光線器具	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	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	

月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日	日間	請求金額	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	

別添１（別紙４）

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	
	療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平　年　月　日生	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過 ○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
	平成　年　月　日	自・平成　年　月　日～至・平成　年　月　日	日	新規・継続
	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（　　）			転帰 継続・治癒・中止・転医

			摘要
初検料 1はり　2きゅう　3はりきゅう併用		円	
施術料	はり	円×　回＝　円	
	きゅう	円×　回＝　円	
	はり・きゅう併用	円×　回＝　円	
	電療料 1電気針　2電気温灸器　3電気光線器具	円×　回＝　円	
往療料	4㎞まで	円×　回＝　円	
往療料	4㎞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

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。

平成　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

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿きゅう師

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。

平成　年　月　日

〒　－

申請者（被保険者）　住所

殿

氏名　㊞　電話

支払機関欄	支払区分 1. 振込　2. 銀行送金 3. 郵便局送金　4. 当地払	預金の種類 1. 普通　2. 当座 3. 通知　4. 別段	金融機関名　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
			平成　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。　平成　年　月　日

申請者（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）

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

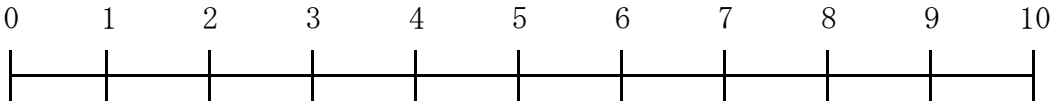
（はり・きゅう用）

（平成　　年　　月分）

患　　者	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平　　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　　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	平成　　年　　月　　日

痛みの強さ



ＮＲＳ（Numerical Rating Scale：ﾆｭｰﾒﾘｶﾙ ﾚｰﾃｨﾝｸﾞ 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。

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。

平成　　年　　月　　日

はり師・きゅう師氏名　　㊞

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（別紙６）

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・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

別添２

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

第１章　通則

１　マッサージの施術に係る療養費（以下「療養費」という。）の対象となる施術は、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」（昭和 22 年 12 月 20 日法律第 217 号）に反するものであってはならないこと。

２　患者が施術者から健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供を受けて、当該施術者を選択し、施術を受けた場合は、療養費の支給の対象外とする。

３　療養費の適正な支給を確保するためには、施術を行う者の協力が不可欠であることから、療養費の対象となる施術を行う機会のある施術者に対しては、本留意事項の周知を図り、連携して円滑な運用に努めること。

４　請求のあった療養費は、適正な支給を確保しつつ速やかに支給決定するよう努めること。

第２章　療養費の支給対象

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・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされるものであること。

第３章　医師の同意書、診断書の取扱い

１　病名・症状（主訴を含む）、発病年月日、診察区分、診察日及び歩行等の状態の明記され、保険者において療養費の施術対象の適否の判断が出来る診断書は、医師の同意書に代えて差し支えないこと。

２　同意書に代える診断書は、療養費払の施術の対象の適否に関する直接的な記述がなくても、保険者において当該適否の判断が出来る診断書であれば足りること。

３　脱臼又は骨折に施術するマッサージについては、医師の同意書により取り扱うこと。

４　変形徒手矯正術については、医師の同意書により取り扱うこと。

５　同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度これを添付することを原則としているが、第４章１の療養費の支給が可能とされる期間（以下「一の同意書、診断書により支給可能な期間」という。）内における２回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないこと。

６　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場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給可能な期間内における２回目以降の請求にあっては、その添付を省略して差し支えないこと。

７　医師の同意書及び診断書の基準様式をそれぞれ別紙１及び別紙２のとおりとしたこと。なお、医師の記名押印は、当該医師の署名でも差し支えないこと。

８　同意書は、医師の医学的所見、症状経緯等から判断して発行されるものであり、同意書発行の趣旨を勘案し判断を行うこと。なお、保険者が同意医師に対し行う照会等は、必要に応じて行われるべきものであること。

９　同意又は再同意を求める医師は、緊急その他やむを得ない場合を除き、当該疾病について現に診察を受けている主治の医師とすること。

10　医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

11　医師と施術者との連携が図られるよう、医師の再同意に当たっては、医師が、施術者の作成した施術報告書により施術の内容や患者の状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき同意をするべきものであること。また、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。

　なお、医師が、施術報告書の提供を受けていない場合であっても、施術に当たって注意すべき事項等がある場合には、同意書等により医師から施術者に連絡されるべきものであること。

12　あんま・マッサージの施術に係る診断書の交付を患者から医師が求められた場合は、円滑に交付されるようご指導願いたいこと。

第４章　施術料

１　同意書又は診断書に加療期間の記載のあるときは、その期間内は療養費を支給して差し支えないこと。

ただし、初療又は医師による再同意日から起算して６ヶ月（初療又は再同意日が月の 15 日以前の場合は当該月の５ヶ月後の月の末日とし、月の 16 日以降の場合は当該月の６ヶ月後の月の末日とする。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）を超える期間が記載されていても、その超える期間は療養費の支給はできないものであり、引き続き支給を行おうとする場合は、改めて医師の同意を必要とすること。

加療期間の記載のない同意書、診断書に基づき支給を行おうとする場合、初療又は医師による再同意日が、月の 15 日以前の場合は当該月の５ヶ月後の月の末日、月の 16 日以降の場合は当該月の６ヶ月後の月の末日までの期間内は療養費を支給して差し支えないこと。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ヶ月とすること。

２　療養費は、頭から尾頭までの躯幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢をそれぞれ一単位として支給すること。

３　温罨法の加算は、１回の施術につき加算すること。

４　温罨法と併せて電気光線器具を使用した場合の加算は、あん摩、マッサージの業務の範囲内において、低周波、高周波、超音波又は赤外線治療をおこなった場合に支給されること。

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。

６　保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費の支給はできないこと。

第５章　往療料

１　往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に、患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に支給できること。

２　往療料は、治療上真に必要があると認められる場合（定期的・計画的に行

う場合を含む。）に支給できること。治療上真に必要があると認められない場合、単に患家の求めに応じた場合又は患家の求めによらず定期的・計画的に行う場合については、往療料は支給できないこと。

3　往療料を支給しようとする場合は、施術の同意をおこなった医師の往療に関する同意が必要であること。ただし同意を求めることができないやむを得ない事由がある場合はこの限りでないこと。

4　「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について」（平成４年５月 22 日保発第 57 号）により、２戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第２位以降の患家に対する往療距離の計算は、第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地を起点とせず、それぞれ先順位の患家の所在地を起点とするものとされているところであるが、先順位の患家から次順位の患家への距離が第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地から次順位の患家への距離に比べ遠距離になる場合は、第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの距離により往療料を支給すること。

5　往療の距離は、第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離を原則として支給すること。ただし、直線距離による支給が実態に比べ著しく不合理と考えられる場合は、合理的な方法により算出した距離によって差し支えないこと。

6　片道 16km を超える往療については、第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地からの往療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであるが、かかる理由がなく、患家の希望により 16km を超える往療をした場合、往療料の支給は認められないこと。この場合の往療料は、16km を超えた分のみではなく全額が認められないこと。

なお片道 16km を超える往療とは、２戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合の往療順位第２位以下の患家に対する往療距離の計算ではなく、第８章２に掲げる施術所の所在地又は届け出た住所地と患家の直線距離であること。

7　同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）に居住する複数の患者を同一日に施術した場合の往療料は、別々に支給できないこと。ただし、やむを得ない理由があって、同一の建築物に複数回赴いて施術した場合はこの限りでないこと。

８　往療に要した交通費については、患家の負担とすること。

往療時に要したバス、タクシー、鉄道、船等の交通費は、その実費とすること。自転車、スクーター等の場合は、土地の慣例、当事者間の合議によるべきであるが、通例は交通費に該当しないこと。

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、施術報告書を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　施術者は、やむを得ず、施術報告書を作成しない場合であっても、医師との連携が図られるよう、患者を診察する医師からの施術に関する問合せに応じるべきものであること。

第７章　施術録

療養費の円滑な運用をするためには、施術者の行った施術の内容について確認する必要が生じる場合が考えられるが、公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連合の会員である施術者には、当該法人より別紙３の施術録を整備すること、保険者等からの施術録の提示及び閲覧等を求められた場合は速やかに応じること、施術録を施術完結の日から５年間保管すること、が周知指導されているので参考にされたい。

施術録の記載事項（例）

(1)　受給資格の確認

ア　保険等の種類

①健康保険（協・組・日）　②船員保険　③国民健康保険（退）

④共済組合　⑤後期高齢者医療　⑥その他

イ　被保険者証等

①記号・番号　②氏名　③住所・電話番号　④資格取得年月日

⑤有効期限　⑥保険者・事業所名称及び所在地　⑦保険者番号等

ウ　公費負担

①公費負担者番号　②公費負担の受給者番号

エ　施術を受ける者

①氏名　②性別　③生年月日　④続柄　⑤住所

◎月初めに適宜、保険証を確認するなど、必要な措置を講ずること。

(2)　同意した医師の住所、氏名と同意年月日及び再同意した医師の住所、氏名と再同意年月日

(3)　同意疾病名

(4)　初療年月日、施術終了年月日

(5)　転帰欄には、治癒、中止、転医の別を記載すること。

(6)　施術回数

(7)　施術の内容、経過等

施術月日、施術の内容、経過等を具体的に順序よく記載すること。

(8)　施術明細

①　往療料 km、その他

②　マッサージ局所数、温罨法、電気光線器具、変形徒手矯正術数

③　上記について施術後その都度、必要事項及び金額を記入すること。

④　施術所見を記入すること。

第８章　支給事務手続き

１　療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙４のとおりとしたので参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

２　療養費支給申請書の施術証明欄の施術者住所は、保健所等に開設の届けを行っている施術所の所在地とすること。なお、専ら出張のみによってその業務に従事することとして保健所等へ届けを行っている施術者にあっては、届け出た住所地とすること。

３　療養費支給申請書は、暦月を単位として作成すること。

４　同一月内の施術については、施術を受けた施術所が変わらない限り、申請書を分けず、一の療養費支給申請書において作成すること。

なお、施術を行った施術者が同一月内に複数人いる場合は、「摘要」欄等にそれぞれの施術者氏名とその施術日について、施術者に記入を受ける取扱いとすること。

５　初療の日から１年以上経過している患者であって、かつ、１月間の施術を受けた回数が 16 回以上の者は、施術者に別紙５の１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書の記入を受け、療養費支給申請書に添付する取扱いとすること。

なお、１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書については、患者の状態の評価を行った施術者に評価内容と併せて評価日及び月 16 回以上の施術が必要な理由の記入を受ける取扱いとすること。

６　施術報告書交付料を支給する療養費支給申請書には、施術者より記入を受けた別紙６の施術報告書の写しを添付する取扱いとすること。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入する取扱いとすること。

７　あん摩・マッサージ・指圧師の継続施術中に保険種別等の変更があった場合で、被保険者又は変更後の保険者から同意書の写しの請求を受けた変更前保険者は、速やかに同意書の写しを交付すること。

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	明・大・昭・平　年　月　日
傷病名		
発病年月日	昭・平　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	平成　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） 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　）	
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）	

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。

平　成　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。

（裏面）

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。

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	明・大・昭・平　年　月　日
傷病名		
発病年月日	昭・平　年　月　日	
診察区分	初診・再診　（○をつけて下さい）	
診察日	平成　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) 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	
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下さい（任意）	

平　成　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。

別添２（別紙３）

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
国民健保・退　職　者・共済組合
後期高齢・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									

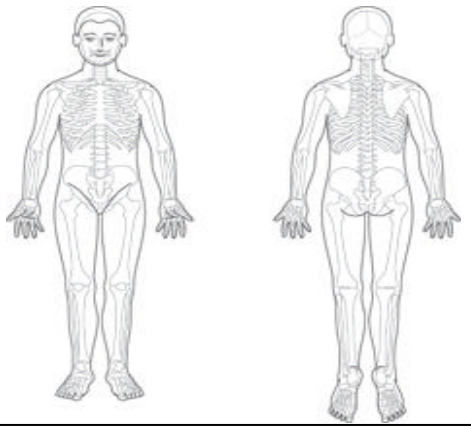
被保険者証			施術を受ける者				
	記　号			氏　名	（フリガナ） 男・女	続柄	
	番　号			生年月日	年　月　日		
被保険者	氏　名	（フリガナ） 男・女	事業所	所在地			
	生年月日	年　月　日		名　称			
	有効期限	平成　年　月　日	保険者	所在地			
	（フリガナ） 住　所	〒 TEL		名　称			
	資格取得年月日	昭・平　年　月　日		番　号			

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		同意症状		
	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	同意医師名				
施術者	同　意	平成　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
患者	施術期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日		変形徒手矯正術	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
				温　罨　法	温罨法・電気光線器具
				往療距離	㎞

既往症・主要症状・経過等

施術の部位（図解）



この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと　　社団法人　全日本鍼灸マッサージ師会　会員用

（裏　面）

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	温罨法 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	
／					円	
／					円	
／					円	

月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日　日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日　日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日　日間	請求金額	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	

別添２（別紙４）

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	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	男・女		
	明・大・昭・平　年　月　日生		○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
平成　年　月　日	自・平成　年　月　日～至・平成　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

					摘要
マッサージ	躯幹	円×		回＝　円	
	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	
温罨法		円×		回＝　円	
温罨法・電気光線器具		円×		回＝　円	
往療料　４㎞まで		円×		回＝　円	
往療料　４㎞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。

平成　年　月　日

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ あん摩マッサージ指圧師

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

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。

平成　年　月　日

〒　－

申請者（被保険者）　住所

氏名　　㊞　電話

殿

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　本店 金庫　支店 農協　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
		平成　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。　平成　年　月　日

申請者（被保険者）　住所

氏名　　㊞

住所

代理人　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）

（平成　　年　　月分）

患者	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平　　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　　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	平成　　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。

平成　　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２（別紙６）

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・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