

被保険者
家族 療養費支給申請書

1 2 3 4 5
添付書類は別紙「療養費支給申請書」についてご確認ください。また別途添付書類をお願いすることがございます。ご理解とご協力の程お願い致します。
被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
海外で療養を受けた場合、医師の証明が外国語で作成されている時は、邦訳を添付ください。（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。

被保険者情報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	自宅住所	〒 ー		電話番号(日中の連絡先) ()
	事業所名			

申請内容	氏名		生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日
	傷病名			
	発病の原因及び経過(詳しく)	・病気 ⇒ (いつ頃から) 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時頃 (どのような症状で) (どうなったか) ・ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	医療機関名		住所	
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療に要した費用の額 円
	療養の給付が受けられなかった理由			
	第三者行為による負傷で	ある・ない	ある時はその届出	届出済・未届 第三者の氏名 ()・不明

同意欄	私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意致します。 被保険者氏名 ⑩
-----	--

委任欄	本請求金額の受領を 住所 会社 ⑩ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩
-----	--

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

備考欄

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・平・令	年	月 日
傷病名				
発病年月日	平成・令和	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	（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい）		
	筋萎縮	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 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 その他（ ）		
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記載下さい）			
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 ）		
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	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 險 医 療 機 関 名

所 在 地

保 險 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。(同意書交付の留意点、別紙参照)
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載ください。

※必ず同意書を記載いただく医師にお渡しください。

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いたします。

※ 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いたします。

○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、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。
- 8 上記7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。
- 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いたします。

※ 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。

施術証明書（ 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																											
	—		年 月 日																													
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																												
		男・女		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																												
明・大・昭・平・令 年 月 日生		○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)																														
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) ※温罨法との併施は不可		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		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◎	月																															
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		〒 —																													
	住所																															
免許登録番号		あんまマッサージ指圧師																														
		氏 名																														
		電 話																														
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																											

往療費内訳書（令和 年 月分）

患者氏名								
施術場所								
施術日	先順位患家名	住所	往療距離(km)	基本料金	加算料金	合計	施術者名	
合計		回数						

(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	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	平成・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	平成・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				印

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

療養費支給申請書について

健康保険においては、被保険者の疾病または負傷に対しては、医療機関を通じて療養の給付(現物給付)をおこなうことが原則となっています。

しかし、①療養の給付(現物給付)が困難な場合や、②やむを得ない理由等で保険診療が受けられないときは、いったん自費で支払った後申請により療養費が支給されます。

やむを得ない理由とは、健康保険組合が認めたものです。

療養の給付(現物給付)と療養費として現金で給付する現金給付の選択をすることはできません。故意に療養の給付(現物給付)を受けなかった場合は給付の対象外となります。

(1) 療養費払いの対象となる事例

① 療養の給付をおこなうことが困難な場合

- a. その地区に保険医がない無医村、また保険医がいても専門外のため治療を受けられず、やむなく非保険医で診療を受けた際の診療費

※その非保険医より近くに保険医がいる場合、患者の希望により非保険医を選択した場合等は、やむを得ないとは認められません。

- b. 柔道整復師、鍼灸・マッサージ師にかかった際の施術料(施術を受けられる傷病・条件が限られます。)
c. コルセット等の治療用装具を装着した際の装着費用
d. 輸血用生鮮血を購入した際の費用
e. 海外において療養を受けた際の診療費(治療目的の渡航の場合は不可)

② やむを得ないと認められる場合

- f. 資格取得直後、被扶養者の認定直後等健保組合への届の申請中で、
ア、医療機関等で健康保険の資格が確認できずに、やむなく自費で診療を受けた場合
イ、石油健保加入前の保険者の(無資格)診療となってしまう、診療費を前の保険者に返還した場合

※仕事中や通勤途中のおケガは労働者災害(労災)となりますので、労働基準監督署へ申請をしてください。

(2) 支給額

保険診療をおこなったとした場合の基準によって計算した額から一部負担金に相当する額を控除した額

(3) 申請手続き

療養費支給請求書に下記の添付書類を添付して、会社の担当者様経由で申請してください。

申請内容	添付書類
自費診療(f-ア)	診療報酬明細書(傷病名・診療内容の明細が記載されたもの) ・・・病院と院外薬局を使用した場合は薬局からそれぞれ、発行してもらってください。 領収書 タイムカード(出勤簿)の写(被保険者がお怪我した場合、負傷日の属する月のもの)
自費診療(f-イ)	診療報酬明細書(傷病名・診療内容の明細が記載されたもの)・・・前加入の保険者 前加入の保険者(健保・国保等)に返還した領収書 からもらってください。
治療用装具作成	治療用装具製作指示装着証明書 領収書(部品の明細がわかるもの。明細の記載がない場合は別途明細書) 靴型装具の場合、当該装具の写真(正面及び側面を撮影したもの) タイムカード(出勤簿)の写(被保険者がお怪我した場合、負傷日の属する月のもの)
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書(小児弱視等の治療用に限る) 検査書(小児弱視等の治療用に限る) 領収書 ※眼鏡等作成指示書に弱視等の傷病名の記載のあるもの
鍼灸 あんま マッサージ	医師の同意書 施術証明書 領収書 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (施術を1年以上且つ月16日以上受けた場合)
海外療養費	診療内容明細書・領収明細書(海外用、様式A・B・C) (必ず別紙で邦訳を添付いただき、翻訳者の住所・氏名を記入してください) 現地で支払った領収書及び病院から発行されている明細書 渡航期間がわかるパスポートの写

※書類はすべて原本を添付してください。(タイムカード(出勤簿)・パスポートを除く)

※なお、添付書類については、主に必要なものを掲載しています。療養費の適正な支給決定にあたり別途添付書類をお願いすることがございます。何卒ご理解とご協力の程をお願い致します。

※海外療養費の診療内容明細書・領収明細書の書式が必要な方は石油健保・給付課までご連絡ください。
なお、日本で診療した場合の金額に換算して給付がされます。したがって、本人が高額な医療費を支払った場合でも、給付金の額が著しく低い場合がありますのでご承知おきください。

※負傷された原因が、交通事故など第三者が要因の場合は別途「第三者行為による傷病届」が必要となりますので、すぐに石油健保までご連絡ください。

ご不明な点は石油製品販売健康保険組合・給付課(Tel.03-3265-3306)までご連絡ください。

(受付時間: 平日9時~17時)