療養費支給申請書　（令和　6 年　10月分 ）（あんま・マッサージ用）

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	

機関コード

特記事項

①社国 3 後高 2 公費 4 退職

②本外 8 高外9 4 六外 0 高外7 6 家外

種類 04 マ

給付割合 8 9 10

保険者番号 1 0 0 0 2 4

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
1 2 3 4 5 6 7	令和 2年 10月 15日	不詳

療養を受けた者の氏名：(フリガナ) アカギノボル　赤木昇　男・女　明・大・昭・平・令 27年 12月 31日生

続柄：本人

○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
(令和) 3年 6月 6日	自 令和 6年10月 1日～至 令和 6年10月31日	10 日	新規・(継続)

傷病名及び症状：神経痛

転帰：(継続)・治癒・中止・転医

施術料	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要
マッサージ(施術料)	施術回数	10 回	10 回	10 回	10回	10 回	
通所		円×		回＝		円	
訪問施術料 1		4,550 円×		4 回＝		18,200 円	
訪問施術料 2		3,400 円×		3 回＝		10,200 円	
訪問施術料 3 (3人～9人)		2,710 円×		3 回＝		8,130 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						36,530 円	
一部負担金（1割・2割・③割）						10,959 円	
請求額						25,571 円	

施術日	訪問①	10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
通所○ 往療◎	訪問②③		①			②		③			①		②				③			①				②				③			①		

○往療又は訪問の理由
① 独歩による公共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 6年 10 月 31 日

登録記号番号 10099999-0-0

施術所　〒370-0862
所在地 群馬県高崎市xxx町1－2－3
名称 らくらく治療院
施術管理者 氏名 群馬太郎　電話 027-123-4567

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 6 年 10 月 31 日

高崎市 殿

申請者（被保険者）住所 高崎市八千代町2－3－4
氏名 赤木昇　電話 027-XXX-XXXX

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：群馬銀行　(銀行)・金庫・農協　○○支店　本店・(支店)・出張所

口座名義（カタカナで記入）：○○シカイ ○○○○

口座番号：1 2 3 4 5 6 7　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
高崎一郎	高崎市高松町1111	令和 6年 9月 16日	神経痛	9月16日～3月31日

本請求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 6年 10 月 31 日

申請者（被保険者）住所 高崎市八千代町2－3－4
氏名 赤木昇

代理人 住所 高崎市○○市1234
氏名 ○○師会 ○○○○

※この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※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）場合に署名してください。
※ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

福祉医療療養費支給申請書　（令和　6 年　10 月分）（あんま・マッサージ用）

公費負担者番号	7	7	1	2	1	2	1	2
公費受給者番号	7	1	7	7	7	7	7	
区市町村番号								
受給者番号								

機関コード

特記事項

1 社国　3 後高
②公費　4 退職

種類　04 マ

②本外　8 高外9
4 六外　0 高外7
6 家外

給付割合　8　9　10

保険者番号　1 0 0 0 2 4

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
1 2 3 4 5 6 7	令和　2年　10月　15日	不詳

療養を受けた者の氏名		続柄	
(フリガナ) アカギノボル			○業務上・外、第三者行為の有無
赤木昇	男・女	本人	(1.業務上　2.第三者行為　③その他(　))
明・大・㊐・平・令　27年12月31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
(令和) 3年　6月　6日	自 令和　6年10月　1日～至 令和　6年10月31日	10 日	新規・(継続)

傷病名及び症状	転帰
神経痛	(継続)・治癒・中止・転医

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	10 回	10 回	10 回	10回	10 回

マッサージ(施術料) 通所		円×		回＝	円
訪問施術料 1	4,550	円×	4	回＝	18,200 円
訪問施術料 2	3,400	円×	3	回＝	10,200 円
訪問施術料 3 (3人～9人)	2,710	円×	3	回＝	8,130 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		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					36,530 円
一部負担金(1割・2割・(3割))					10,959 円
請求額					10,959 円

変形徒手矯正術	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
施術回数	回	回	回	回

摘要

施術日 / 通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	10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
		①			②		③			①		②				③			①				②				③			①		

○往療又は訪問の理由
①独歩による公共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　6年　10月　31日

登録記号番号　10099999-0-0

施術所　〒370-0862
所在地　群馬県高崎市xxx町1－2－3
名称　らくらく治療院
施術管理者　氏名　群馬太郎　電話　027-123-4567

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　6年　10月　31日

高崎市　殿

申請者（被保険者）　住所　高崎市八千代町2－3－4
氏名　赤木昇　電話　027-XXX-XXXX

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　群馬銀行　(銀行)・金庫・農協　○○支店　本店・(支店)・出張所

口座名義（カタカナで記入）　○○シカイ　○○○○

口座番号　1 2 3 4 5 6 7　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
高崎一郎	高崎市高松町1111	令和　6年　9月　16日	神経痛	9月16日～3月31日

本請求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　6年　10月　31日

申請者（被保険者）　住所　高崎市八千代町2－3－4
氏名　赤木昇

代理人　住所　高崎市○○市1234
氏名　○○師会　○○○○

※この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※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）場合に署名してください。
※ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療養費支給申請書　（令和　6 年　10 月分）（はり・きゅう用）

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	

機関コード

特記事項		①社国 3 後高 2 公費 4 退職	2 本外 4 六外 ⑥家外 8 高外9 0 高外7	給付割合 8 9 10
	種類	05 鍼灸		

保険者番号　1 0 0 0 2 4

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
1 2 1 2 1 2 1	令和　1年　2月　11日	

療養を受けた者の氏名		続柄	
(フリガナ) カナイアツユキ			○業務上・外、第三者行為の有無
金井敦之	男・女	長男	(1.業務上　2.第三者行為　③その他(　　))
明・大・昭・平・令　32 年　7月　20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
(令和) 3年　6月　5日	自 令和　6年10 月　1日～至 令和　6 年10 月31 日	10 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

初検料 (1.はり　2.きゅう　3.はり・きゅう併用)			円
はり・きゅう	施術の種類	1術　回	2術　10 回
施術料 通所	円×	回=	円
訪問施術料 1	4,070 円×	3 回=	12,210 円
訪問施術料 2	2,920 円×	3 回=	8,760 円
訪問施術料 3 (3人～9人)	2,230 円×	4 回=	8,920 円
訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回=	円
電療料(加算/ 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)	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			29,890 円
一部負担金 (1割・2割・3割)			8,967 円
請求額			20,923 円

摘要

施術日 通所○ 往療◎ 訪問1① 訪問2② 訪問3③	10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
		①				②				③			①		②			③				①				②		③		③		

○往療又は訪問の理由
①独歩による公共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　6年　10 月　31 日

登録記号番号　10099999-0-0

施術所　所在地　〒370-0862 群馬県高崎市高松町 35
名称　らくらく治療院
施術管理者　氏名　群馬太郎　電話　027-123-4567

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　6 年　10 月　31 日

高崎市　殿

申請者（被保険者）　住所　群馬県高崎市寺尾 1－2－3
氏名　金井一郎　電話　027-XXX-XXXX

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	群馬銀行	(銀行)・金庫・農協　○○支店　本店・(支店)・出張所

口座名義（カタカナで記入）　○○シカイ　○○○○　口座番号　1 2 3 4 5 6 7　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
高崎次郎	高崎市高松町2222	令和　6年　8月　20日	左腰痛、右足底痛、頸のこり	8月20日～2月28日

本請求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　6年　10 月　31 日

申請者（被保険者）　住所　群馬県高崎市寺尾 1－2－3
氏名　金井一郎

代理人　住所　高崎市○○市1234
氏名　○○師会　○○○○

※この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※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）場合に署名してください。
※ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

令和　6年　10月 分

別添１（別紙８）

療養費支給申請総括票（Ⅰ）

（請求者）登録記号番号　10099999-0-0

施術管理者　群馬太郎

施 術 所 名　らくらく治療院

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
高崎市 （国保） マッサージ　100024	1	36,530			1	36,530
高崎市 （国保） 鍼灸　100024			1	29,890	1	29,890
合計	1	36,530	1	29,890	2	66,420

（通信欄）

備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

令和　6年　10月 分

別添１（別紙９）

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名:　高崎市（国保）　殿　（保険者番号: 100024　）

（請求者）登録記号番号　10099999-0-0

施術管理者　群馬太郎

施 術 所 名　らくらく治療院

マッサージ　療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区　分			件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人		1	36,530	10,959	25,571
	家族					
※決定	本人					
	家族					
※返戻	事前分	本人				
		家族				
	保険者	本人				
		家族				
※誤算		本人				
		家族				
※増減		本人				
		家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

令和　6年　10月 分

別添１（別紙９）

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名:　高崎市（国保）　殿　（保険者番号: 100024　）

（請求者）登録記号番号　10099999-0-0

施術管理者　群馬太郎

施 術 所 名　らくらく治療院

鍼灸　療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区　分			件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人					
	家族		1	29,890	8,967	20,923
※決定	本人					
	家族					
※返戻	事前分	本人				
		家族				
	保険者	本人				
		家族				
※誤算		本人				
		家族				
※増減		本人				
		家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

一部負担金明細書

（あんま･マッサージ （1か月分）用）

赤木昇　　様

令和　6 年　10 月分

施術日数	10　日

施術内容欄	通　所	回	円
	訪問施術料1	4　回	18,200　円
	訪問施術料2	3　回	10,200　円
	訪問施術料3（3人～9人）	3　回	8,130　円
	訪問施術料3（10人以上）	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温　罨　法	回	円
	温罨法・電気光線器具	回	円
	特別地域加算	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
合　計		36,530　円	
一部負担金		10,959　円	
保険請求額		25,571　円	

（※負担金助成があるため表示一部負担金と集金金額が異なることがあります）

令和　6 年 11 月　日

施術所名　らくらく治療院

住所　群馬県高崎市xxx町１－２－３

氏　名　群馬太郎

ご 請 求 書

令和　6年　11月　　日

赤木昇　　様

請求金額　　10,959円

内訳

保険施術合計金額	負担割合	一部負担金
¥36,530	3割	10,959

施術日数　10　日

施術日　（通院○　往療①②③◎）

10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
	①			②		③			①		②				③			①				②				③			①		

令和　6　年　10　月分　はりきゅう療養費一部負担金として

上記のとおりご請求いたします。

らくらく治療院

はりきゅう師　　氏名　群馬太郎

住所　群馬県高崎市xxx町１－２－３

電話　027-123-4567

領 収 書

令和　6年　11月　日

赤木昇　様

領収金額　10,959円

内訳

保険施術合計金額	負担割合	一部負担金
¥36,530	3割	10,959

施術日数　10　日

施術日　（通院○　往療①②③◎）

10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
	①			②		③			①		②				③			①				②				③			①		

令和　6　年　10　月分　はりきゅう療養費一部負担金として
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

領収印

らくらく治療院

はりきゅう師　氏名　群馬太郎

住所　群馬県高崎市xxx町1－2－3

電話　027-123-4567

※領収書は課税控除証明書となりますので、大切に保管して下さい。

同　　意　　書（あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　　者	住　　所	高崎市八千代町２－３－４
	氏　　名	赤木昇
	生 年 月 日	明・大・(昭)・平・令　27　年　12　月　31　日
傷　病　名	神経痛	
発病年月日	令和　2　年　10　月　15　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	（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。

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。（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。

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。

施術報告書

〇〇医院

高崎一郎　　医師様

〇　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

〇　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。

〇　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	赤木昇
患者生年月日	昭和　27　年　12　月　31　日
施術の内容	マッサージ及び運動方・・・・・・・
施術の頻度	月平均　7　回
患者の状態・経過	経過内容・・・・・・・・・
特記すべき事項	

令和　6　年　10　月　14 日

施術所名　らくらく治療院

住所　群馬県高崎市xxx町１－２－３

電話・FAX番号　027-123-4567

メールアドレス

施術者氏名　群馬太郎