

# 現行の同意書等の様式

## 【同意書】

○厚生労働省通知様式（マッサージ）	.....	1
○厚生労働省通知様式（はりきゅう）	.....	2
○宮崎県後期高齢者医療広域連合様式（マッサージ）	.....	3
○山形県後期高齢者医療広域連合様式（マッサージ）	.....	5
○山形県後期高齢者医療広域連合様式（はりきゅう）	.....	6

## 【支給申請書】

○厚生労働省通知様式（マッサージ）	.....	7
○厚生労働省通知様式（はりきゅう）	.....	8



## 【現行の厚生労働省様式】

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 ( )	
発 病 年 月 日	昭・平 年 月 日	
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保 険 医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 険 医 氏 名 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span></p>		

## 同意書（あんま・マッサージ・指圧療養費用）

患者(必須)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
傷 病 名(必須)		
発病年月日(任意)	昭和・平成 年 月 日	
同意区分(必須)	初回 ・ 再同意(2回目以降)	
診 療 歴(必須)	本日(同意日)が初めての診療である( はい ・ いいえ )	
注 2 症 状 (必須)	筋麻痺	(筋麻痺のある部位について、該当する程度に○をしてください) 軀 幹 ( 軽・中・重 ) 右上肢 ( 軽・中・重 ) 左上肢 ( 軽・中・重 ) 右下肢 ( 軽・中・重 ) 左下肢 ( 軽・中・重 )
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、左右の別・拘縮の程度に○をしてください) 肩 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 肘 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 手首 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 手指 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 股関節 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 膝 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 足 首 ( 右・左 : 軽・中・重 ) 頸部 ( 軽・中・重 ) 腰部 ( 軽・中・重 )
	その他	
注 3 他覚所見 (任意)		
注 4 (再同意の場合) 前回同意時からの症 状の改善状況(任意)		
施術の種類と 施術部位(必須)	マッサージ ( 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ) 合計 _____ 部位	
	変形徒手矯正術 肩 ( 右・左 ) 肘 ( 右・左 ) 手首 ( 右・左 ) 股関節 ( 右・左 ) 膝 ( 右・左 ) 足首 ( 右・左 ) 合計 _____ 部位	
注 5 施術を受ける期間 及び往療の必要性	要加療期間(任意)	要加療期間 か月 ( 回程度/週 ※目安として)
	往療可否(必須)	必要とする 必要としない
	往療を必要とする理由(必須) (具体的に記載してください)	
注 6 介護保険の要介護度 [ _____ ] *確認可能な場合は記載をお願いします		
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します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。 年 月 日 保険医療機関名 所 在 当該疾病主治医(注1) _____ (印)		

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがございます。

・「注」については、別紙「同意書（あんま・マッサージ・指圧療養費用）を作成していただく先生方へ」を御参照ください。

## 同意書（あんま・マッサージ・指圧療養費用）を 作成していただく先生方へ

宮崎県後期高齢者医療広域連合では、療養費制度の適切な運営を図る一環として、同意書（あんま・マッサージ・指圧療養費用）様式につきまして、各関係団体等と協議を重ね、平成24年9月1日より、宮崎県独自の統一様式にて運用を開始することになりました（同意日が9月1日以降の同意書より適用となります）。

つきましては、同意書作成について、今後とも御協力いただきますよう、よろしくお願いたします。  
なお、同意書作成に係る留意点につきましては、下記を御参照ください。

### 1 同意書作成上の留意点

注1 同意を行う医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師です。

注2 「症状」欄の「筋麻痺の程度」及び「関節拘縮の程度」については、介護保険「主治医意見書記入の手引き」を参考に記入をお願いします。

「その他」欄は、「筋麻痺」「関節拘縮」以外の症状がある場合に記載してください。

注3 「他覚所見」欄は、検査（レントゲン、腱反射等）結果等にもとづく所見がありましたら、記載をお願いします。

注4 二回目以降の同意の場合、「(再同意の場合) 前回同意時からの症状の改善状況」欄への記入をお願いします。

注5 「要加療期間」の指示をする場合、マッサージは1～3か月の範囲内で、変形徒手矯正術は1か月での記入をお願いします。

「往療を必要とする理由」については、被保険者の状態がわかるよう具体的に記載をお願いします。

注6 宮崎県後期高齢者医療広域連合では、療養費(往療料)の支給決定にあたり、介護保険の要介護度についても参考とさせていただいていますので、介護保険被保険者証からの転記又は本人聴き取り等により確認可能な場合には、記入をお願いします。

なお、申請中又は認定を受けていないなど確認できない場合については、「なし」又は「不明」などの記載をお願いします。

### 2 再同意に係る留意点

① 再同意について、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも同意書の添付は必要としませんが、被保険者の状態を把握し、適正に支給決定を行うために、同意書の提出について御協力をお願いします。

② 変形徒手矯正術は、初療の日から起算して1か月を超える場合は、医師の同意書が必要となります。

#### 【問い合わせ先】

宮崎県後期高齢者医療広域連合 業務課業務第2係

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	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
傷病名		
発病年月日		昭和・平成 年 月 日
同意区分		初回 ・ 再同意（2回目以降）
診療歴		本日（同意日）が初めての診療である（ はい ・ いいえ ）
症状	筋麻痺	（筋麻痺のある部位について、該当する箇所に○をしてください。） 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○をしてください。） 肩 肘 手首 手指 股関節 膝 足首 頸部 腰部
	その他	（具体的に記載してください）
（再同意の場合）前回同意時からの症状の改善状況		
施術の種類と施術部位	マッサージ（ 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）計 部位	
	変形徒手矯正術（ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ） 計 部位	
要加療期間		要加療期間 か月（週 回程度）
患者の歩行、通院、介助の状況	歩行	自立 杖等を利用 車椅子（操作：可・不可） 歩行不可
	通院	徒歩 公共交通機関利用 タクシー 自家用車運転家族等の送迎 その他（ ）
	介助	無し 有り（ 家族 施設職員 その他（ ） ）
往療の必要性		必要とする 必要としない
往療を必要とする理由		（往療について、歩行、通院、介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください）
<p>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します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。</p> <p>年 月 日 保険医療機関名</p> <p>所在</p> <p>当該疾病主治医 ㊟</p>		

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがございます。



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						
	(フリガナ)					続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					男 女			○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								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			
	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				
	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 2km まで				円×	回=		円					
加 算 ( km)				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。					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				
	平成 年 月 日 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名					住 所		☎ 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) 殿					住 所		☎ 電 話				
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店					
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				金庫 支店					
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協 出張所						
☐ 座 名 義 カタカナで記入		☐ 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 住所			
(被保険者) 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 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						
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名						男 女			○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生									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		転 帰		
			5. 腰痛症		6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ( )				継続・治癒・中止・転医		
	初 検 料						円						
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用												
	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						円×		回＝		円	
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具													
往 療 料						2 km まで		円×		回＝ 円			
加 算 ( km )								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。						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			
	平成 年 月 日						住 所			氏 名			
免許登録番号 _____ はり師						氏 名			☎ 電 話				
免許登録番号 _____ きゅう師													
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) 殿						住 所			氏 名			
									☎ 電 話				
支 払 機 関 欄	支払区分			預金の種類			金融機関名			銀行 本店			
	1. 振 込 2. 銀行送金			1. 普通 2. 当座						金庫 支店			
	3. 郵便局送金 4. 当地払			3. 通知 4. 別段						農協 出張所			
☐ 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 住所 \_\_\_\_\_

(被保険者) 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。