

あんま・マッサージ施術を受けられた方へ

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

皆様の保険料を財源として支給する療養費については、保険者として適切な審査を必要とします。

恐れ入りますが、別紙の質問について他者に相談せず、ありのままご本人でご回答いただきますようご協力お願いいたします。

なお、事実と相違する内容を記入された場合や、回答を返送していただけない場合は健康保険法により支給できないこともございますので、ご注意ください。

※『施術内容回答書』は初回の申請時のみ療養費支給申請書と併せてご提出ください（計 2 枚）

みずほ健康保険組合  
業務グループ 給付チーム

【ご参考】

健康保険法

第 59 条（文書の提出等）

保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第二百二十一条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第 121 条

保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第五十九条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

施術内容回答書（あんま・マッサージ）

- 被保険者等記号・番号 .....
- 受診者氏名 .....
- 被保険者氏名 .....
- 電話（日中の連絡先電話番号） .....

1. 今回、マッサージの施術をうけられておりますが、身体のどこの部分に、いつからどのような症状がでていましたか。

- ・ 身体のだの部分 （.....）
- ・ いつから （..... 年 ..... 月頃 または ..... 年くらい前から）
- ・ どのような症状 ※具体的にご記入ください。

.....  
.....  
.....

2. マッサージ施術を受けることになった経緯は以下のどれにあたりますか。

該当する番号に○をしてください。

- ① 自分または家族または知人のすすめで、マッサージを受けたくて申し出た
- ② 介護施設やケアマネジャー、役所関係などからすすめられた
- ③ マッサージ施術所より、マッサージをすすめられた
- ④ 医師から治療上必要ということで指導された

（指導した医療機関及び医師名） 医療機関名：.....

医 師 名：.....

3. マッサージの施術を開始するにあたり医療機関を受診され、マッサージに関する同意を受けられていますが、同院を受診した経緯を教えてください。該当する番号に○をつけ、詳細をご記入ください。

- ① 以前から「同意書の傷病名」で受診していた主治医
- ② マッサージ施術の同意を受けるために、医療機関を紹介されて受診した  
（紹介者：.....）

- ③ その他 ※詳しくご記入ください。  
（.....）

3.1. 医療機関の医師より、マッサージ施術について指示された内容を具体的にご記入ください。

- ・ どの部位に（.....）
- ・ どの位の日数間隔で（.....）
- ・ どの位の期間（.....）
- ・ その他（.....）

4. 自立状態についてご回答ください。あてはまるものすべてにチェックを入れて詳細をご記入ください。

- |                                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 屋外で自立歩行出来る                   | <input type="checkbox"/> 1人でトイレが出来る    |
| <input type="checkbox"/> 屋内ならつたい歩きが出来る                | <input type="checkbox"/> トイレは介助が必要     |
| <input type="checkbox"/> 歩行に介助が必要                     | <input type="checkbox"/> おむつ使用         |
| <input type="checkbox"/> ほとんど寝たきり                     | <input type="checkbox"/> 箸・スプーンが自分で使える |
| <input type="checkbox"/> 車の運転ができる                     | <input type="checkbox"/> 食事は全面介助       |
| <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ等)ができる (運動の内容: _____) |                                        |
| <input type="checkbox"/> ほとんど運動(スポーツ等)ができない           |                                        |

5. 患者はどこに住んでいますか。該当する番号に○をつけ、詳細をご記入ください。

- ① 自宅(被保険者と同居)
- ② 自宅(被保険者以外の人と同居(同居者との続柄: \_\_\_\_\_))
- ③ 1人住まい
- ④ 施設に入居 施設の住所: \_\_\_\_\_  
施設の名称: \_\_\_\_\_
- ⑤ 介護保険のショートステイ等サービス利用

6. マッサージを受けている場所はどこですか。該当する番号に○をつけ、詳細をご記入ください。

- ① 施術所
- ② 自宅
- ③ 施設(名称: \_\_\_\_\_)

7. 医療機関への受診方法について、あてはまるものすべてにチェックを入れて詳細をご記入ください。

7.1. 受診手段について

- ☐ 一人で行く
- ☐ 家族に付き添ってもらっている(具体的にどなたですか: \_\_\_\_\_)
- ☐ 電話受診
- ☐ その他(\_\_\_\_\_)

7.2. 受診する時の交通手段について

- ☐ 徒歩
- ☐ 自家用車(運転者はどなたですか: \_\_\_\_\_)
- ☐ 電車・バス
- ☐ 自転車
- ☐ その他(\_\_\_\_\_)

8. マッサージを訪問施術してもらっている場合、その理由を教えてください。

.....

.....

.....

令和 年 月 日

\*ご回答ありがとうございました。療養費支給申請書と併せてご提出ください。