

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 | (フリガナ) | 続 柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | |
| | | 昭・平・令 年 月 日生 | | 男 ・ 女 | ○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・令 年 月 日 | | 自・令和 年 月 日～至・令和 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 | | | | | |
| | 初 検 料 | | 円 | | | | 摘 要 | | | | | |
| | 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 | | 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | 住所 | | | | | | | | |
| 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 年 月 日 | | | 申請者 住所 (被保険者) | | 氏名 ④ 電話 | | | | | | |
| 支 払 機 関 欄 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金融機関名 | | | | | | | |
| | 1. 振 込 | | 1. 普通 2. 当座 | | 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 | | | | | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 同意医師の氏名 | | 住 所 | | 同意年月日 | | 傷 病 名 | | | | | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | | 要加療期間 | | | | | |

| | | | |
|------------------------------|--|----------|--|
| 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。 | | 令和 年 月 日 | |
| 申請者 住所 | | | |
| (被保険者) 氏名 | | ④ | |
| 住所 | | | |
| 代理人 氏名 | | ④ | |

※ 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。

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費担当規則第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。