

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(令和 年 月分)(はり・きゅう償還)

被 保 険 者 欄	被保険者等記号・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	(カナ)	男・女	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過																											
		昭・平・令 年 月 日生			◎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		年 月 日 ~ 日		日		新 規 ・ 継 続																									
	傷病名 1.神経痛(部位:) 2.リウマチ 3.頸腕症候群(部位:) 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 1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用				円		摘 要																									
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類		1術	回	2術	回																							
		通所		円 ×		回 =	円																									
		訪問施術料1		円 ×		回 =	円																									
		訪問施術料2		円 ×		回 =	円																									
		訪問施術料3(3人~9人)		円 ×		回 =	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																											
費 用 額 計				円																												
施術日 訪問1①		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	27	28	29	30	31	
通院〇 訪問2②																																
往療◎ 訪問3③		月																														
往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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																											
	年 月 日		住所																													
	免許登録番号		はり師		氏名																											
免許登録番号		きゅう師		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																							
					年 月 日																											
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。 〒 -																															
	年 月 日																															
振 込 口 座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用しますか ☐ はい(口座情報の記入は不要)																															
	注1: 公金受取口座情報の反映には数日を要します																															
	注2: 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません ☐ いいえ(口座情報の記入が必要)																															
	金融機関名		支店名		預金種別		口座番号		口座名義																							
	(カナ)	(カナ)	本店 支店		普通 その他()				(カナ)																							

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。**ただし、施術者及びその関係する法人等への委任はできません。**

委 任 欄	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。																															
	被保険者(申請者)との関係 ()																															
	年 月 日																															
	住所																															
	住所																															
	被保険者																															
	代理人																															
電話 ()																																
被保険者(申請者) 氏名																																
氏名																																

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

1. 領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例: はり・きゅう施術代)の記載が必要)

2. (再)同意書

注: 再同意書は、初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。

3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)

4. 往療状況確認表(該当する場合のみ)

5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書(該当する場合のみ)

大阪紙商健康保険組合

2024.12

同意書			(はり及びきゅう療養費用)
患者	住所		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
病名	1. 神経痛（部位： ） 2. リウマチ 3. 頸腕症候群（部位： ） 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	年 月 日		
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 （○をつけて下さい）		
同意理由 (○及びチェック をして下さい)	() 医師による適切な治療手段がないものであった () 医師による適切な治療手段がないわけではないが（□患者・□施術者）の 訴えにより () その他→（ ）		
主治医の別	当該疾病にかかる主治の医師で ある ・ ない （○をつけて下さい）		
診察日	年 月 日		
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、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 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。（別紙参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

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切な治療手段のないものですが、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。
- 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。