

療養費支給申請書 (令和 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				○疾病又は負傷年月日		○傷病名				
					令和 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				
昭・平・令 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		
	令和 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 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		
	施 術 料	はり		円×		回＝		円		摘 要	
		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		4kmまで		円×		回＝		円			
往療料		4km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						
	免許登録番号		はり師		住所						
免許登録番号		きゅう師		氏名		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。				〒						
	令和 年 月 日		住所		申請者 (被保険者) 氏名		生長会健康保険組合理事長 殿				
支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。また、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。										
	金融機関名				銀行		店・本店				
					金庫		支店・出張所				
					信組						
					信連・信漁連		本所・支所				
				農協・漁協		本店・支店					
預 金 種 別	1. 普通		4. 通知		口座名義 (カタカナ)						
	2. 当座		3. 別段								
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		
					令和 年 月 日						

本申請書に基づく給付費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

代理人 住所  
(被保険者との関係) 氏名

本申請書に基づく給付費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みを希望される)場合に記入してください。

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">同意書</span> <span>(はり及びきゅう療養費用)</span> </div>			
患者	住所		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成・令和	年
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 ( ) ※ 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	令和 年 月 日	初診年月日	令和 年 月 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	要加療期間	
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。  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;"> <span>令和 年 月 日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;"> <span>保険医療機関名</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;"> <span>所在地</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 50px;"> <span>保険医氏名</span> </div>			

- ※ 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。
- ※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

# 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（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。

療養費支給申請書 (令和 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										○疾病又は負傷年月日			○傷病名																		
											令和 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																		
昭・平・令 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																			
	年 月 日			自令和 年 月 日～至令和 年 月 日						日			新規・継続																			
	傷病名又は症状										転			継続・治癒・中止・転医																		
	マ ッ サ ー ジ			軀 幹			円 ×			回 =			円																			
				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 電 法			円 ×						回 =			円																			
	温電法・電気光線器具			円 ×						回 =			円																			
	往療料 4kmまで			円 ×						回 =			円																			
	往療料 4km超			円 ×						回 =			円																			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			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。 令和 年 月 日										保健所登録区分			1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																		
	免許登録番号										住所			氏名			電話															
	_____ あん摩マッサージ指圧師																															
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。 令和 年 月 日										〒 _____			住所			氏名			電話												
	生長会健康保険組合理事長 殿 (被保険者)																															
支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。また、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。										銀行			店・本店																		
											金庫			支店・出張所																		
											信組																					
											信連・信漁連			本所・支所																		
											農協・漁協			本店・支店																		
	預金種別	1. 普通	2. 当座	3. 別段	4. 通知	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			要加療期間												
														令和 年 月 日																		

本申請書に基づく給付費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

代理人 住所

(被保険者との関係) 氏名

本申請書に基づく給付費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みを希望される)場合に記入してください。

同 意 書 <span style="float: right;">(あん摩マッサージ指圧療養費用)</span>			
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
傷 病 名			
発病年月日	令和 年 月 日	初診年月日	令和 年 月 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	要加療期間	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	<small>(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢	
	関 節 拘 縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 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	<small>(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)</small>	
施術の種類 施術部位	マッサージ ( 軀幹 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つての外出が困難 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	施術に当たつて注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)		
<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する。</p> <p style="text-align: center;">令和 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</p>			

※ 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。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

# 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。

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。