

被保険者
家 族

療養費支給申請書（はり、きゅう用）

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証 の 記号・番号	記 号 番 号		②	被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	㊞
	③	被 保 険 者 の 住 所	〒 ー 電話（ ） 携帯（ ）					
	④	事 業 所 名 称						
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。							
	氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日		被保険者 との続柄	
	⑥	傷 病 名	☐ 神経痛 ☐ 頰腕症候群 ☐ リウマチ ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頰椎捻挫後遺症 ☐ その他（ ）					
	⑦	発病または 負傷年月日	平成 年 月 日					
	⑧	発病または 負傷の原因 (詳細に記入)	い つ・・・					
			ど こ で・・・					
			どのように・・・					
	⑨	第三者によるものですか		はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」を提出してください。				
	⑩	業務中に発生したものですか		はい ・ いいえ				
	⑪	施術を受けた 施 術 所 の 名称・所在地	名 称					
			所 在 地					
	⑫	施 術 を 受 け た 日 (○を付けてください)		年 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 【 日間】 ※ 暦月単位で一月につき1枚の申請が必要となります。		
⑬	被 保 険 者 同 意 欄	療養を受けた医療機関等到大阪府貨物運送健康保険組合が文書等により当申請内容を 照会することに同意します。						
		被保険者氏名 ㊞						
※ 同意医師へ確認させて頂くこともあります。								
⑭	振 込 希 望 金融機関名	口座名義人の氏名		普通・当座		銀行・信用金庫 農協・信用組合		
		ﾌﾘｶﾞﾅ		(口座番号)				
						支店		

※以下の欄は、はり、きゅうに関する振込を代理人にする場合に記入してください。
ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への振込(委任)はできません。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に 関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 ㊞	代理人の氏名・印		被保険者(申請者) と の 関 係
		ﾌﾘｶﾞﾅ		
		㊞		
		代理人の住所・電話番号		
〒 ー		電話（ ）		

施 術 内 容 証 明 書（はり、きゅう用）

(年 月分)

は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証 の 記号・番号	記 号 番 号		②	受療者の 氏 名 生年月日	昭和・平成 年 月 日		本人 ・ 家族								
		初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分	転 帰									
	年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医										
	傷病名	☐ 神経痛 ☐ 頰腕症候群 ☐ リウマチ ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頰椎捻挫後遺症 ☐ その他（ ）															
	初検料	☐ はり ☐ はり（電気針併用） ☐ きゅう ☐ きゅう（電気温灸器併用） ☐ はり、きゅう併用 ☐ はり、きゅう併用（電気鍼併用・電気温灸器併用）				円	摘 要										
		③ 施 術 内 容 欄	施 術 料	1. はり	円 × 回＝	円											
	2. きゅう			円 × 回＝	円												
	3. はり、きゅう併用			円 × 回＝	円												
	電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.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														
	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														
	④ 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		施設の所在地 はり師、きゅう師 名 称 氏 名 ㊞ 電 話															
はり師 免許登録番号（ きゅう師 免許登録番号（		） ）															
⑤ 同 意 記 録	同 意 医 師 氏 名	住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名	要 加 療 期 間										
				年 月 日													
	同 意 医 師 氏 名	住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名	要 加 療 期 間										
			年 月 日														

- 【添付書類】●領収書(原本) ●医師の同意書(原本) ●施術報告書（写し）
- 同意書は、初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。なお、有効期間内における2回目以降の申請にあつては省略可。
 - 施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
 - 初療の日から1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。
- 【注意事項】
- ◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヵ月後となります。
 - ◎慢性病であつて医師による適当な治療手段のないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)

同意書			(はり及びきゅう療養費用)		
患者	住所				
	氏名				
	生年月日	昭・平	年	月	日
病名	1. 神経痛				
	2. リウマチ				
病名	3. 頸腕症候群				
	4. 五十肩				
病名	5. 腰痛症				
	6. 頸椎捻挫後遺症				
病名	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	昭・平	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	平成	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。					
平成 年 月 日					
保険医療機関名					
所在地					
保険医氏名					
印					

※ 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。

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。

往療状況確認表

月分 施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：

※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ ）施設種別（ ）

日	同一日・ 同一建物 記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

<往療を必要とする理由>

1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
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（ ）

<介護保険の要介護度> （ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ） 分かれば記載下さい

<医療機関等への受診方法についてお知らせください>

- 1.独歩 2.往診 3.車椅子等（ ）
付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

- 注 ・ 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど
・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。