

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																			
				—							年 月 日																																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				(フリガナ)										続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無																															
					男・女														(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																															
																			○施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																															
年 月 日生																																																		
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・ 年 月 日～至・ 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										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																				円										摘 要																			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																																	
	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																																						
	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																																							
	明 細 書 発 行 加 算										円× 回＝ 円																																							
	費 用 額 計										円																																							
施術日										訪問 1 ①										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																														
通所 ②										訪問 2 ②																																								
往療 ③										訪問 3 ③																																								
○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																													
	令和 年 月 日															〒					—																													
	免許登録番号															はり 師					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																																																	
	大阪自転車健康保険組合理事長 殿															申請者 (被保険者)					住所 氏名 電話																													
振 込 口 座	金融機関名 (フリガナ)										支店名 (フリガナ)										預金種別										口座番号										口座名義 (フリガナ)									
																					普通 当座 その他 ()																													
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																													

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「振込口座」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合) >

☐ 医師の同意書 (原本) ☐ 施術報告書 (写し) ☐ 1 年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (はり ・ きゅう 用)

- 月16回以上
●訪問施術料4又は5を算定する場合

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																														
					－						年 月 日																																	
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					(フリガナ)					続 柄			○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 ())																																						
					年 月 日生								○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の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					自・ 年 月 日～至・ 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										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																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			回＝			円																															
		訪問施術料 1					円×			回＝			円																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			回＝			円																															
		訪問施術料 2					円×			回＝			円																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			回＝			円																															
		訪問施術料 3 (3人～9人)					円×			回＝			円																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			回＝			円																															
		訪問施術料 4 (10人～19人)					円×			回＝			円																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			回＝			円																															
		訪問施術料 5 (20人以上)					円×			回＝			円																															
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×			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																																
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)					円×0.5×			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																																	
明 細 書 発 行 加 算					円×			回＝			円																																	
費 用 額 計											円																																	
※集中度90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】										通減後合計額										円																								
施術日		訪問1①		訪問2②		訪問3③		訪問4④		訪問5⑤		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
○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																														
	令和 年 月 日										〒			－																														
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										申請者 (被保険者)										住所																							
大阪自転車健康保険組合理事長 殿										氏 名										電 話																								
振 込 口 座	金融機関名(フリガナ)					支店名(フリガナ)					預金種別					口座番号					口座名義(フリガナ)																							
											普通 当座 その他 ()																																	
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																																	

<記入にあたっての注意事項>
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
・「振込口座」は、被保険者名義の口座を記入してください。
・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書(原本)**を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>
☐医師の同意書(原本) ☐施術報告書(写し) ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
☐訪問施術料4又は5を算定する場合、訪問施術総括表(はり・きゅう)

●訪問施術料 4 又は 5 を算定する場合

訪問施術総括表（はり、きゅう用）

年 月分

施術所名：

区 分	施術場所（施設等名）	訪問施術区分				備 考
		区分	のべ算定回数	算定日数	同一日訪問人数 （平均）	
患者（1人）	-	1				
患者（2人）	-	2				
施設等		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
訪問施術料合計算定回数			①			
うち最頻施術建物での訪問施術料算定回数			②			

集中度（②÷①）

%

- 注
- ・訪問施術料4又は5を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。（請求先保険者に対し各1枚）
 - ・同一日訪問人数（平均）は四捨五入により小数点1桁で記載すること。
 - ・施設等の欄は必要に応じ行を追加して作成すること。
 - ・訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。
この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

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 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	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	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) ☐ 同意書交付の留意点(別紙)を確認しました。	
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。 令和 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書を交付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、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 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。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。
※ 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。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 6 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。
- 7 上記6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。
- 8 上記6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。

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

令和 年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名

