健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書
（ はり・きゅう用 ）

※【ご注意】 整形外科等の医療機関で、同じ傷病について並行して治療を受けている場合は申請できません。

東淀川健康保険組合 理事長 殿

提出日	年 月 日

被保険者が記入するところ

保険証の記号・番号		被保険者	本申請書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。	住所 氏名 電話番号
ー				

療養を受けた者の氏名・生年月日等	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名		生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者との続柄
傷病名			発症又は負傷年月日（療養開始日）	年 月 日
発症・負傷の原因及び経過				業務上・通勤災害または第三者行為によるものですか。 0 ： いいえ 1 ： はい
診療を受けた施術所の	名称		施術者の氏名	施術に要した費用の額
	所在地			円

振込口座	金融機関 銀行 金庫 農協 郵便局	支店名	本店 支店 出張所	預金種別 普通 ・ 当座 ・ その他（ ）
	口座名義 カナで記入		口座番号	

はり師・きゅう師記入欄

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

施術内容欄

				適要
傷病	1．神経痛 2．リウマチ 3．頚腕症候群 4．五十肩 5．腰痛症 6．頚椎捻挫後後遺症			
初回	1．はり 2．はり（電気針併用） 3．きゅう 4．きゅう（電気温灸器併用） 5．はり、きゅう併用 6．はり、きゅう併用（電気針、電気温灸器併用）		円	
2回目以降	◇はり	円×	回＝ 円	
	◇はり（電気針併用）	円×	回＝ 円	
	◇きゅう	円×	回＝ 円	
	◇きゅう（電気温灸併用）	円×	回＝ 円	
	◇はり、きゅう併用	円×	回＝ 円	
	◇はり、きゅう併用（電気針、電気温灸併用）	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	円×	回＝ 円	
	◇往療料 （ ）km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

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	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 年 月 日
免許登録番号 はり師	住所 電話番号 ー ー
免許登録番号 きゅう師	施術所名 氏名

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		

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、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委任はできません。

委任欄

本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日		代理人	被保険者（申請者）との関係 （ ）
申請者	住所 〒 ー 氏名		住所 〒 ー 電話番号 ー ー 氏名

■添付書類（1～3は必須。4～6は該当する場合のみ。また、その他の書類が必要となる場合があります。）

1．当該疾病について現に診察を受けている**「主治医の同意書」**（医師の住所、氏名、病名等が記載のもの）
※再同意の同意書は、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。
2．施術に要した費用の**「領収書原本（施術日の記載があるもの）」**
3．振込口座の**「通帳のコピー」**、または**「キャッシュカードのコピー」**
4．施術報告書交付料を申請する場合は、「施術報告書の写し」（該当する場合）
5．「往療状況確認表」（該当する場合）
6．「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）

受付印

（ご注意）
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ヶ月後となります。

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・令　　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○をつけてください。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入してください。	
発病年月日	年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再同意　（○をつけてください。）	
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ください。〕（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

※1）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）

※2）保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。

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健医療機関及び保険医療養担当規則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。

○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ヵ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。）が行うこと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。