

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

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号		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) 昭・平・令 年 月 日生	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過				
				業務上・外、第三者行為の有無				
			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			
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日～ 日		日			
	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		請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医			
			5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他( )					
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用		摘 要			
			円 × 回 = 円					
	施 術 料		はり				円 × 回 = 円	
			きゅう				円 × 回 = 円	
			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 × 回 = 円		円				
費用額計				円				
施術日 通院○ 往療◎				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 氏名		Ⓜ 電話			
免許登録番号		きゅう師 氏名						
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日			
					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。〒							
	令和 年 月 日		住所					
大阪紙商健康保険組合理事長 様		被保険者 (申請者) 氏名		Ⓜ 電話				
振 込 口 座	金融機関名		支店名		預金種別			
	(カナ)		(カナ) 本店 支店		普通 その他( )			
				口座番号		口座名義		
				(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、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に関する受領を代理人に委任します。							
	令和 年 月 日		被保険者(申請者)との関係 ( )					
	住所		住所					
	被保険者(申請者) 氏名		代理人 氏名		電話 ( )			
		Ⓜ		Ⓜ				

- ◎ 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)
- 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)
  - (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。
- 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
  - 往療状況確認表(該当する場合のみ)
  - 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)

受付年月日

# 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	<p>1. 神経痛 (部位: _____ )</p> <p>2. リウマチ</p> <p>3. 頸腕症候群 (部位: _____ )</p> <p>4. 五十肩</p> <p>5. 腰痛症</p> <p>6. 頸椎捻挫後遺症</p> <p>7. その他 ( _____ )</p> <p>※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。</p> <p>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。</p>	
発病年月日	昭・平・令 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)	<p>( ) 医師による適当な治療手段がないものであった</p> <p>( ) 医師による適当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</p> <p>( ) その他 → ( _____ )</p>	
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	令和 年 月 日	
注意事項等	<p>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)</p>	
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</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。(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いたします。  
※ 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いたします。
- 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いたします。