療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

※必要事項を全てご記入下さい。必要書類についてはホームページを参照し、添付して下さいますので、添付して下さい。振込先は、被保険者口座をご希望の場合は「被保険者口座」欄、事業所指定口座の場合は「委任状」欄へご記入下さい。（記入方法・必要書類等不明な方は、当組合ホームページをご参照いただくか、当組合の給付課までご連絡下さい。）

被保険者欄

被保険者等の記号・番号	発病又は負傷の年月日	傷病名	発症又は負傷の原因及びその経過
	平・令　年　月　日		

療養を受けた者の氏名		続柄	業務上・外、第三者行為の有無
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭和・平成・令和　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為である　3．その他（　　） 施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地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
平・令　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 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（　　）	転帰 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
	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
	訪問施術料　3（10人以上）	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
合計				円

施術日	訪問1①	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
通所○ 往療◎	訪問2② 訪問3③																																

往療又は訪問の理由（　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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。

令和　年　月　日

免許登録番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ は　り　師

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ き　ゅ　う　師

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

住　所

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

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 殿

申請者（被保険者）

住　所

氏　名　　電話

被保険者口座

支払区分	金融機関名（健保口選択の場合は記入不要） 金融機関コード（　　）	銀行 信用金庫 信用組合	支店コード（　　） 本店 支店
1．健保口口座（委任状欄記入） 2．個人（被保険者）口座	1．普通 2．当座		

口座名義（カタカナで記入）		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		

委任状

本申請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）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（健保口）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日付印

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

申請から支給決定までの流れ

（Ⅰ）療養費支給申請書（はり・きゅう用）に必要事項を記入してください。

ⅰ）申請者(被保険者)が記入するところ

①被保険者欄

②申請欄

③被保険者口座（被扶養者の口座への支払はできません）

※健保口をご利用の場合は、委任状欄へご記入下さい

ⅱ）施術師が記入するところ

①施術内容欄

②施術証明欄

③同意記録

（Ⅱ）下記書類を療養費支給申請書に添えて当組合に提出してください。

ⅰ）領収書（原本）

ⅱ）医師の同意書（原本）※有効期間ごとに必要です

※同意書の有効期間

①１日～１５日までに医師が同意書を作成した場合、５ヶ月後の月末まで。

②１６日～月末までに医師が同意書を作成した場合、６ヶ月後の月末まで。

例）１月１日に医師が同意書を作成した場合は、６月３０日まで有効。

１月１７日に医師が同意書を作成した場合は、７月３１日まで有効。

（Ⅲ）申請から支給決定までの流れ

療養費（はり・きゅう用）を支給決定する際には、保険医療機関の診療報酬明細書（レセプト）を確認させていただきます。

診療報酬明細書（レセプト）は医療機関受診月から２ヶ月後に当組合に送られてきますが、場合によっては更に数ヶ月遅れる場合がございます。

したがって、支給決定までには３ヶ月～６ヶ月かかります。

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 和・平 成・令 和　　年　　月　　日
発 病 年 月 日	昭 和・平 成・令 和　　年　　月　　日	
診　　察　　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）	
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　（　　）	
症　　状 および 施術同意理由	※施術が必要な、具体的な症状および同意された理由を記入して下さい。	
訪　　問 又は 往　　療	１．必要とする　　２．必要としない　　（○をつけて下さい）	
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度（　　）※分かればご記載下さい １．　独歩による公共交通機関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 （　　）	
注　意　事　項	※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、頭書の疾病により診察をした上で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入して下さい。

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合

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。
※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。

○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。