

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	年 月 日						年 月 日					
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名						男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
年 月 日生									○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	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・治療・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					※施術管理者以外の施術した場合に記入 施術者氏名 _____		
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施 術 日 . . . 日		
		きゅう	円×	回=	円			
		はり・きゅう併用	円×	回=	円			
		電療料	円×	回=	円			
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日			
往 療 料		4 km まで		円×	回=	円	往療を必要とした理由	
往 療 料		4 km 超		円×	回=	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円×	回=	円		
費 用 額 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	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				所在地			
	はり師免許登録番号 _____				施術所名			
	きゅう師免許登録番号 _____				施術管理者名		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				被保険者 住 所		
大阪自転車健康保険組合理事長 殿				(請求者)		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
			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。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)
※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) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

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	<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	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	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>		

※ 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。

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での外出が困難
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。

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