

## 療養費支給申請書

はり・きゅう

トヨタ自動車健康保険組合		令和 年 月分(暦月ごと)			
氏名		生年月日			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
自宅住所					
傷病名	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
発病または負傷 原因とその経過					
業務上の負傷ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日	日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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	
	1. はり	円× 回=	円		
	2. きゅう	円× 回=	円		
	3. はり・きゅう併用	円× 回=	円		
	電療料	円× 回=	円		
	1.電療料 2.電気温灸器 3.電気光線器具				
	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		円			
合 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、その費用を徴収しました。		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		施術所名		
免許登録番号 _____ きゅう師		氏名 (印)			
		電話番号			
同 記 意 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		

- はり師・きゅう師が記入してください。
- 施術内容欄は保険分のみを記入してください。
- 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
- 再同意時も同意書の写しを添付してください。
- 1年以上・月16回以上の施術を継続している場合は、「施術継続理由・状態記入書」の記入をお願いします。

## 同意書

はり・きゅう

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成・令和 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	昭和・平成・令和 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	令和 年 月 日	
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、頭書に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。(裏面参照)

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。

外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。

- 6 あん摩マッサージ指圧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。

### ○再同意書(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、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術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、患者があん摩マッサージ指圧の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧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。）が行うとされていますが、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。