

入 健 保 組 合 欄 記	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
	支給金額					

被保険者
家族療養費支給申請書【はり・きゅう用】

所属部署
連絡先 (内線スマホ)

(年 月分)

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	続柄(被扶養者)	生年月日
	-				昭・平・令 年 月 日
	発症または負傷年月日	傷病名		業務上・外、第三者行為の有無	
	年 月 日			1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	発症又は負傷の原因及びその経過、はり・きゅう受療の経緯				

施 術 内 容 ・ 証 明 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 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()			転帰	
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用			円	
	施 術 料	はり	円 ×	回 =	円	継続・治癒・中止・転医 摘 要
		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	
	往診料	4kmまで	円 ×	回 =	円	
		4km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 月 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						
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日						
免許登録番号 _____		所在地 _____		印		
免許登録番号 _____		はり師 氏名 _____				
		きゅう師 電話 _____				
同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間

被 保 険 者 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。					
	年 月 日	住 所 _____				
	東邦ガス健康保険組合 理事長 殿		被保険者 氏名 _____ (申請者)			
なお、上記金額の受領を、(事業所名) _____ に委任します。						

【添付書類】

○医師同意書【原本】 ※初療日から6か月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は、
医師の再同意(同意書【原本】)の提出が必要です。

○受療日毎の1ヶ月分の領収書【原本】 ※1か月分を纏めた(合計)領収書不可

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。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切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切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。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。
- 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。

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	大・昭・平・令	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・平・令	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	
注意事項等	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					

印

※ 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載して下さい。