

平成31年 3 月14日

受領委任開始後の支給申請及び過渡期における代理受領の取扱いについて

長野県後期高齢者医療広域連合
業務課給付係

1 療養費支給申請書等について

(1) 療養費支給申請書は、厚生労働省保険局通知（平成30年 6 月20日付け保発0612第 2 号）で示された様式を使用してください。

- ・ はり・きゅう：様式第 6 号
- ・ あんま・マッサージ：様式第 6 号の 2

請求システム等を使用している場合は、当様式に合わせて印刷するように、御対応ください。

(2) 添付書類

- ・ 同意書又は診断書の原本（初療月及び再同意月に添付）
- ・ 往療内訳表(様式第 7 号)

往療を伴う施術の場合は、必ず添付してください。

(3) 総括表

様式第 8 号及び**様式第 9 号**又はそれに準ずる様式の総括表を添付する
きまりですが、当広域連合（各市町村の後期高齢者医療担当）へ
提出する支給申請書については、当面の間、従前どおりの取扱いとします
ので、独自様式の総括表の添付又は総括表を添付しない場合でも、受け付
けします。

各様式については、厚生労働省ホームページに、エクセル及びワード
形式で掲載されていますので、ダウンロードして使用してください。ま
た、申請書等については、厚生労働省保険局通知及び疑義解釈資料等
を御覧いただき、正確に記載していただくようお願いします。

厚生労働省ホームページ（参考）

- ・療養費の改定等について

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/01.html>

- ・療養費の取扱い（Q & A）について

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/03.html>

はり・きゅう用 療養費支給申請書

右上部の網掛けの欄については、当面の間、審査及び支給処理において使用しませんので、記載不要です。

別添 1（様式第 6 号）

療養費支給申請書（平成 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号									特記事項		1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合				
公費受給者番号										2 公費 4 退職	6 家外 0 高外8						
区市町村番号										種類	05 鍼灸			8	9	10	
受給者番号									保険者番号								

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					
							年 月 日									
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)					続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過								
		男・女						○業務上・外、第三者行為の有無								
						明・大・昭・平 年 月 日生					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														
	平成 年 月 日			自・平成 年 月 日～至・平成 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	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 4 kmまで			円× 回＝ 円																												
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																													
合 計			円																													
一部負担金（1 割・2 割・3 割）			円																													
請 求 額			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			
	平成 年 月 日 施術所 所在地												名称		氏 名 印 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。												円		—			
	平成 年 月 日 申請者 住所												印 電話					

支 払 機 関 欄	支1	銀行	本店
	支2	金庫	支店
	支3	農協	出張所
カタカナで記入		郵便局	

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	
					平成 年 月 日					

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。平成 年 月 日

申請者 住所	代理人 住所
(被保険者) 氏名 印	氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（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。

※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

あんま・マッサージ用療養費支給申請書

はり・きゅう申請書と同様です。

別添 1（様式第 6 号の 2）

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード																									
特記事項																									
1 社国 3 後高 2 本外 8 高外9 4 三外 0 高外8 2 公費 4 退職 6 家外																									
給付割合																									
8 9 10																									
種類 04 マ																									
公費負担者番号																									
公費受給者番号																									
区市町村番号																									
受給者番号																									
保険者番号																									
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														
						年 月 日																			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)					続 柄	○発病又は負傷の原因及びその経過																	
		男・女						○業務上・外、第三者行為の有無																	
明・大・昭・平 年 月 日生					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									
	平成 年 月 日					自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日					日					新 規 ・ 継 続									
	傷病名又は症状															転 帰									
																継続・治癒・中止・転医									
	マ ッ サ ー ジ					軀 幹 円× 回＝ 円					円					摘 要									
						右上肢 円× 回＝ 円					円														
						左上肢 円× 回＝ 円					円														
						右下肢 円× 回＝ 円					円														
						左下肢 円× 回＝ 円					円														
	変 形 徒 手 矯 正 術					円× 肢× 回＝ 円					円														
	温 罎 法					円× 回＝ 円					円														
	温罎法・電光線器具					円× 回＝ 円					円														
	往療料 4 kmまで					円× 回＝ 円					円														
	往療料 4 km超					円× 回＝ 円					円														
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)					円× 回＝ 円					円															
合 計										円															
一部負担金（1割・2割・3割）										円															
請 求 額										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									
	平成 年 月 日										施術所					所在地									
	登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）										名 称					氏 名 印 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。										〒					—									
	平成 年 月 日										申請者 (被保険者) 殿					住所 氏名 印 電話									
支 払 機 関 欄	支払区分					預金の種類					金融機関名					銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払					1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																			
	口座名義 カタカナで記入					口座番号										郵便局									
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				
											平成 年 月 日														
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。 平成 年 月 日																									
申請者 住所										代理人 住所															
(被保険者) 氏名 印										氏名															

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（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。
※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

往療内訳表

往療施術をしている場合は、必ず添付してください。

別添 1 (様式第 7 号)

往療内訳表

月分

(患者氏名 :)

日付	同一日・ 同一建物 記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所
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 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難
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
- ・ 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つて、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。

平成 年 月分
療養費支給申請総括票（Ⅰ）

(請求者) 登録記号番号
施 術 管 理 者
施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						
(通信欄)						

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

平成 年 月分
療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保險者名：殿

(請求者) 登録記号番号
 施術管理者
 施術所名

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分			件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人		件	円	円	円
	家 族					
※ 決 定	本 人					
	家 族					
※ 返 戻	事前分	本人				
		家族				
	保険者	本人				
		家族				
※誤算		本人				
		家族				
※増減		本人				
		家族				

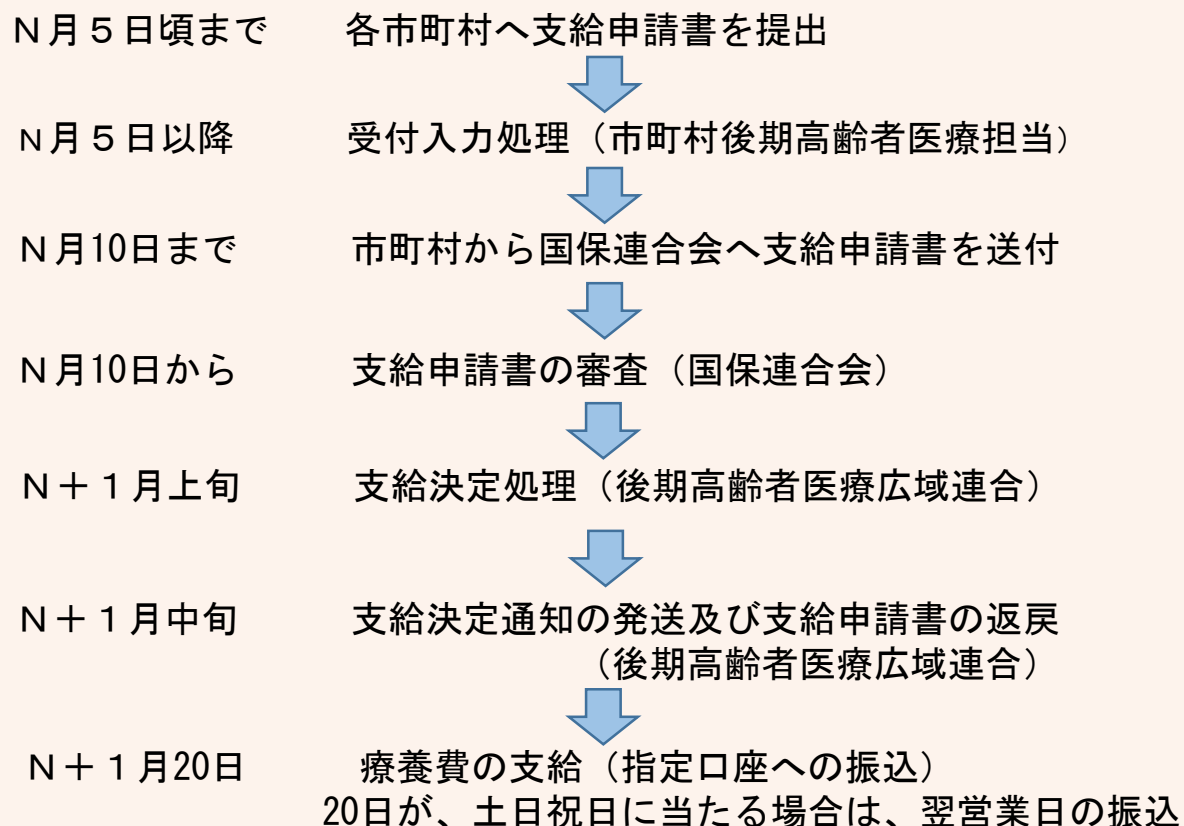
※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2 申請書の送付先について

従前どおり、県内市町村の後期高齢者医療担当に送付してください。送付期限は、おおむね毎月5日頃ですが、市町村によって異なる場合がありますので御注意ください。

申請書提出から支給までのスケジュール



3 あはき受領委任制度開始後の過渡期における「代理受領」の取扱い

長野県後期高齢者医療広域連合は、平成31年4月からあはき受領委任制度に参加します。保険者が、あはき受領委任制度に参加後は、従来の代理受領による申請を認めず、受領委任と償還払いの2通りの支払いとすることが、本来の制度趣旨です。

ただし、長野県後期高齢者医療広域連合では、施術者等が受領委任制度へ移行するまでの準備期間を考慮し、あはき受領委任制度開始後の過渡期での例外的な取扱いとして、

代理受領による請求を、平成32年（2020年）3月施術分まで
保険者裁量として認めます。それ以降は、一切認めません。

いまだ、あはき受領委任契約を締結していない施術者等は、速やかに国及び県と受領委任契約を申し出てください。保険者の過渡期取扱いが終了した後、あはき受領委任契約を締結していなければ、被保険者本人による償還払い方式以外に、保険給付を受ける方法はありません。

4 その他

(1) 柔整あはき療養費の適正化について

当広域連合では、被保険者からの情報提供及び日頃の審査において、生じた疑義に対して、随時、柔整・あはき療養費に係る患者照会を実施しています。また、平成30年度から、長野県後期高齢者医療の全被保険者宛てに、医療費通知の送付を開始しました。（平成29年度までは、医療費が一定額を超えた一部の被保険者のみに送付していました。）これにより、被保険者から身に覚えのない施術があれば、保険者へ通報されます。

(2) 不適正な請求事例等

ア 施術日数水増し（架空請求）による療養費の請求。

イ 正規の一部負担金を徴収せず、施術1回当たり定額を徴収。

ウ 同一家屋の夫婦又は同一施設内の被保険者に、同日に連続して施術した後、施術日を偽り、往療料を併せて水増し請求。

エ 施術を中断した患者に、その後も施術をしたように偽り架空請求。

オ 施術録、領収書及び日報等の改ざん。（5年間保管していない。）

カ 保険者による患者調査を、施術者等が回収し虚偽の回答。

(3) あはき療養費 2 次点検業務の開始について

平成31年度中から、専門的な施術・不正請求対策のノウハウを持つ業者へ業務委託し、あはき療養費支給申請書の 2 次点検を開始します。これに併せて疑義がある場合の患者照会についても、随時、実施します。

(4) 適正な請求事務について（お願い）

開設者及び施術管理者には、施術録の記載及び保管（5 年間）が義務付けられています。また、被保険者に対して、一部負担金に係る領収書の無償交付及び求めがあった時には、一部負担金明細書を交付する義務があります。

今後ともあはき施術の適正な請求業務に努めていただくようお願いいたします。