

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
療養費支給申請書の留意点

平成 31 年 3 月 14 日(木)
長野県国民健康保険団体連合会

平成 30 年 10 月の主な改正点

1 医師の同意・再同意について

- ・医師の同意・再同意は、医師の診察を受けたものでなければならない
- ・再同意の場合であっても、施術の同意には同意書(文書)の交付を必要とする
- ・同意書に基づく療養費の支給可能期間を3ヶ月から6ヶ月に延長する

2 同意書の様式の見直し

- ・「同意区分」欄の新設
初回同意か、再同意かの区分を記載する
- ・「診察日」欄の新設
同意又は再同意に当たっては医師の診察が必要になったことから、診察日を記入した同意書(文書)を交付する

(あん摩マッサージ指圧療養費のみ)

- ・「症状」欄の見直し
施術の種類と施術部位の根拠の確認のため、筋麻痺又は関節拘縮のある部位に○をする
筋麻痺又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合は、その他欄に当該症状と部位の記載を求める
- ・往療理由の新設
往療を必要とする理由を記載する

3 施術者による施術報告書の作成

- ・施術報告書交付料の新設
医師の再同意に当たっては、医師が、施術者が作成する文書により、施術の内容や患者の状態等の確認を行い、医師の直近の診察に基づいて再同意を行う
施術者においては、施術報告書を交付した場合に施術報告書交付料を算定できる

基本的な留意事項

1 申請にあたり必要な添付書類

- ・同意書又は診断書(初療月及び再同意月に原本を添付する)
- ・往療内訳表(平成31年4月1日以降は様式第7号による)
- ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当者のみ)
- ・施術報告書の写し(施術報告書交付料算定月のみ)

2 申請書に関すること(返戻対象となるケース)

- ・各項目の記載漏れ、記載不備
- ・施術料等の算出誤り、計算誤り及び合計金額、一部負担金、請求額の計算誤り
- ・同意期間を超えて請求されている(事例-1)
- ・同意書と同意記録欄の傷病名が不一致(事例-2)
- ・変形徒手矯正術とマッサージを同日に同一部位へ併算定している(事例-3)
- ・複数施術者により施術を行った場合は内訳の記載が必要となる(事例-4)
- ・はり・きゅうに係る療養費支給申請書において、往療理由の記載が無い

3 同意書に関すること(返戻対象となるケース)

- ・各項目の記載漏れ、記載不備
(記載漏れが多い項目) 発病年月日、症状の部位、往療理由 等
- ・患者住所欄に被保険者証の住所と異なる住所が記載されている(事例-5)
- ・「診察日」欄に同意年月日以降の日付が記載されている(事例-6)
- ・症状の記載が無い部位を施術部位としている(事例-7)
- ・変形徒手矯正術を行う場合は1ヶ月ごとに同意書の添付を必要とするが、同意書の添付が無い

4 往療料に関すること

- ・往療距離の算出にあたっては施術所から患家までの直線距離で算定する
- ・施術所からの距離又は前患家からの距離の、どちらか短い方で算定する(事例-8)
- ・片道16kmを超える往療については、絶対的な理由があり保険者が認めた場合のみ算定できる(事例-9)
- ・同一の建築物に居住する複数の患者を同一日に施術した場合の往療料は、別々に算定できない(ただし、被保険者の都合において、やむを得ない理由がある場合はこの限りではない)

5 施術報告書交付料に関すること

- ・前回請求月から5ヶ月以内は再算定できない(ただし、変形徒手矯正術についてはこの限りではない)(事例-10)
- ・報告書交付料は、報告書に係る施術を行った日の属する月の申請書において算定する(事例-11)
- ・報告書の内容が記載されていない、又は項目が不足している

※ 返戻照会された申請書を訂正し再提出される場合は、訂正箇所を二本線で抹消し、その上部に正しい文字又は数字を記入し、訂正者の押印のうえ、返戻付箋を添付したまま再提出をお願いします

(事例-1) 同意期間を超えて請求されている

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書

(はり・きゅう) (31 年 2 月分)

		機関コード	
特記事項		9 1. 社国 3. 後期 2. 本外 8. 高外 減災 2. 公費 4. 退職 4. 六外 6. 家外 0. 高外7	
		連 担 05. 鍼灸	
保 険 者 番 号		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	
療 養 を (フリガナ)		続柄	
受 け た 者 の 氏 名		被 保 険 者 氏 名 (世帯主・組合員)	
生 年 月 日		発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	
初 療 年 月 日		今 回 施 術 期 間	
平 成 年 月 日		自 平成31年 2 月 1 日 ～ 至 平成31年 2 月 28 日	
傷病名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	
1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		年 月 日	
5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()			
初 検 料		請 求 区 分	
1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		新 規 ・ 継 続	
施 術 内 容 欄		転 帰	
はり		円× 回＝ 円	
きゅう		円× 回＝ 円	
はり・きゅう併用		円× 回＝ 円	
電 療 料		摘 要	
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		(往 療 ・ 施 術 理 由 等)	
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:年 月分)		円× 回＝ 円	
往療料 4 km まで		円× 回＝ 円	
往療料 4 km 超		円× 回＝ 円	
合 計 金 額		円	
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)		円	
請 求 金 額		円	
施術日		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	
通院○			
往療◎			
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	
平成 年 月 日		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
住所			
免許登録番号		はり師	
免許登録番号		きゅう師 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		〒 -	
市町村 世帯主 国民健康保険組合 組合員 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者		住所 氏名 印 電 話	
支払機関欄		支払区分	
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	
口座名義人 カタカナで記入		金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所	
口座番号			
委任欄		本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します	
平成 年 月 日		世帯主 組合員 住所 氏名 代理人 住所 氏名 電話	
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30年9月30日 腰痛症	

(事例-1) 参考

同 意 書 (はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
病 名	1. 神経痛	
	2. リウマチ	
	3. 頸腕症候群	
5. 腰痛症	4. 五十肩	
	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 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	平 成 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ください(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 。		
平 成 30 年 9 月 30 日		
保 険 医 療 機 関 名		
所 在 地		
保 険 医 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)
保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-2) 同意書と同意記録欄の傷病名が不一致

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書
(マッサージ) (年 月分)

機関コード		
特記事項	1. 社会 3. 後期 2. 本外 8. 高外 4. 六外 6. 家外 0. 高外7	
8	9	10
種別04. マ		
保険者番号	被保険者記号・番号	
療養を(フリガナ)	続柄	被保険者氏名
受けた者の氏名	男 女	(世帯主・組合員)
発病又は負傷の原因及びその経過		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
初療年月日	今 回 施 術 期 間	施術日数
平成 年 月 日	自平成31年2月1日～至平成31年2月28日	日
傷病名又は症状		発病又は負傷年月日
変形性股関節症		年 月 日
施術内容	マ ッ サ ー ジ	右 上 肢 円× 回＝ 円 請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 継続・治癒・中止・転医
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回＝ 円 摘 要 (往療・施術理由等)
	温 電 法	円× 回＝ 円
	施術報告書交付料(前回支給:年月分)	円× 回＝ 円
	往療料 4 kmまで	円× 回＝ 円
	往療料 4 km超	円× 回＝ 円
	合 計 金 額	円
	一部負担金(1割・2割・3割)	円
	請求金額	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。 平成 年 月 日 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 免許登録番号 住所 あん摩マッサージ指圧師 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 〒 住 所 市町村 世帯主 住所 国民健康保険組合 組合員 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者 氏名 印 電 話	
支払機関欄	支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所 口座名義人 カタカナで記入 口座番号	
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 世帯主 組合員 住所 被保険者 氏名 代理人 住所 氏名 同意記録欄に記載する傷病名は、同意書に記載されている全ての傷病名を記載する ※申請書の傷病名欄と同じ場合は、「上記傷病名と同じ」でも可	
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
		変形性股関節症

(事例-2) 参考

同 意 書 (あん摩マッサージ指圧療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷 病 名	変形性股関節症、変形性頸椎症	
発病年月日	昭・平 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	平 成 年 月 日	
症 状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけてください) 右肩 ・ 右肘 ・ 右手首 ・ 右股関節 ・ 右膝 ・ 右足首 その他 左肩 ・ 左肘 ・ 左手首 ・ 左股関節 ・ 左膝 ・ 左足首 (
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外施術を必要とする場合には記載ください)
施術の種類	マッサージ (軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
施術部位	変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
往 療	1. 必要とする 往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載ください	
	1. 独歩による公共交通機関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ください(任意)	
上 記 の 者 に つ い て は 、 頭 書 の 疾 病 に よ り 療 養 の た め の 医 療 上 の マ ッ サ ー ジ が 必 要 と 認 め 、 マ ッ サ ー ジ の 施 術 に 同 意 す る 。 平 成 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)
保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-3) 変形徒手矯正術とマッサージを同日に同一部位へ併算定している

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書
(マッサージ) (31 年 2 月分)

機関コード									
特記事項									
1. 社国 3. 後期 2. 本外 8. 高外 4. 六外 6. 家外 0. 高外7 8 9 10									
種 類 04. マ									
保 険 者 番 号									
被保険者記号・番号									
療 養 を (フリガナ) 続柄 被 保 険 者 氏 名 (世帯主・組合員)									
受けた者の氏 名 男 女 発病又は負傷の原因及びその経過									
生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日									
初 療 年 月 日 今 回 施 術 期 間 施術末日 業務上・外、第三者行為の有無									
平 成 年 月 日 自 平成31年2月1日～至 平成31年2月28日 4日 1 業務上2 第三者行為である3 その他									
傷病名又は症状 発病又は負傷年月日 年 月 日									
マ ッ サ ー ジ 軀 幹 380 円× 4 回= 円 請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 離 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 摘 要 (往 療 ・ 施 術 理 由 等)									
変形徒手矯正術 780 円× 4 肢× 4 回= 円									
温 罨 法 円× 回= 円									
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:年 月分) 円× 回= 円									
往療料 4 km まで 円× 回= 円									
往療料 4 km 超 円× 回= 円									
合 計 金 額 円									
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 円									
請 求 金 額 円									
施術日 通院○ 往療◎ 2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 住所 免許登録番号 住所 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 〒 住所 市町村 世帯主 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者 氏名 印 電 話									
支払機関欄 支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所 口座名義人 カタカナで記入 口座番号									
委任欄 本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 世帯主 組合員 住所 被保険者 氏名 印 住所 代理人 氏名 電話									
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31年2月1日									

(事例-4) 同一月内に複数の施術者がそれぞれ施術を行った場合の申請書記載方法

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書
(マッサージ) (年 月分)

機関コード									
特記事項									
1. 社国 3. 後期 2. 本外 8. 高外 4. 六外 6. 家外 0. 高外7 8 9 10									
種 類 04. マ									
保 険 者 番 号									
被保険者記号・番号									
療 養 を (フリガナ) 続柄 被 保 険 者 氏 名 (世帯主・組合員)									
受けた者の氏 名 男 女 発病又は負傷の原因及びその経過									
生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日									
初 療 年 月 日 今 回 施 術 期 間 施術末日 業務上・外、第三者行為の有無									
平 成 年 月 日 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 4日 1 業務上2 第三者行為である3 その他									
傷病名又は症状 発病又は負傷年月日 年 月 日									
マ ッ サ ー ジ 軀 幹 円× 回= 円 請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 離 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 摘 要 (往 療 ・ 施 術 理 由 等)									
変形徒手矯正術 円× 肢× 回= 円									
温 罨 法 円× 回= 円									
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:年 月分) 円× 回= 円									
往療料 4 km まで 円× 回= 円									
往療料 4 km 超 円× 回= 円									
合 計 金 額 円									
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 円									
請 求 金 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 住所 免許登録番号 住所 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 〒 住所 市町村 世帯主 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者 氏名 印 電 話									
支払機関欄 支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所 口座名義人 カタカナで記入 口座番号									
委任欄 本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 世帯主 組合員 住所 被保険者 氏名 印 住所 代理人 氏名 電話									
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									

(事例-5) 申請書と同意書の住所が不一致

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書
(はり・きゅう) (年 月分)

		機関コード	
特記事項	9 1. 社団 3. 後期 2. 本外 8. 高外 減災 2. 公費 4. 退職 6. 家外 0. 高外	給付割合 8 9 10	
		種別05: 鍼灸	
保険者番号		被保険者記号・番号	
療養を(フリガナ)		続柄	
受けた者の氏名		被保険者氏名(世帯主・組合員)	
生年月日		発病又は負傷の原因及びその経過	
初療年月日		今回施術期間	
平成年月日		自平成年月日～至平成年月日	
傷病名		発病又は負傷年月日	
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()		年 月 日	
初検料		請求区分	
1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円 新規・継続	
はり		円× 回= 円 転 帰	
きゅう		円× 回= 円 継続・治癒・中止・転医	
はり・きゅう併用		円× 回= 円 摘 要	
電療料		(往療・施術理由等)	
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円× 回= 円	
施術報告書交付料(前回支給:年月分)		円× 回= 円	
往療料 4 kmまで		円× 回= 円	
往療料 4 km超		円× 回= 円	
合 計 金 額		円 往療先 特別養護老人ホームA (長野県〇〇市1234)	
一部負担金(1割・2割・3割)		円	
請求金額		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	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。平成 年 月 日		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		住所	
免許登録番号		はり師	
免許登録番号		きゅう師 氏名 印 電話	
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		〒 長野県〇〇市9999	
市町村 世帯主 国民健康保険組合 組合員 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者		氏名 印 電話	
支払機関		預金の種類 金融機関名 銀行 本店 信用金庫 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	
口座名義人 カタカナで記入		口座番号	
本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。平成 年 月 日		世帯主 住所 氏名 印 代理人 住所 氏名 電話	
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	
		月 日から 月 日まで	

(事例-5) 参考

同意書 (はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所	長野県〇〇市1234 特別養護老人ホームA
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 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 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	平 成 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ください(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。 平 成 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 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)
保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-6) 同意書の「診察日」欄について

同 意 書		
(はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 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. 「同意区分」欄、「診察日」欄の新設（平成30年10月改正） ・「同意区分」欄には、初回の同意か、再同意かの区分を記入する ・「診察日」欄には、実際に患者に対して、同意する疾病に係る診察をした直近の年月日を記入する ※ 保険医の同意の欄の同意日には、実際に同意し、同意書を交付した年月日を記入する	
	発病年月日	昭・平 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	平 成 31 年 2 月 5 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ください(任意) 「診察日」が、同意後の日付けとなっているため返戻
	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 。 平 成 31 年 2 月 1 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 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)
 保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-7) 同意書の「症状」欄と「施術部位」欄について

同 意 書		
(あん摩マッサージ指圧療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
傷 病 名	脳梗塞後遺症 同意書の「症状」欄の見直し（平成30年10月改正） ・施術部位の根拠の確認ができるよう、「症状」の部位等を記入する ・「症状」欄と「施術部位」欄が不一致のため返戻 ※筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の症状がある場合は、その症状と部位を記載する 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する	
発病年月日	昭・平	
同意区分	初回の同意	
診 察 日	平 成 年 月 日	
症 状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀 幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけてください) 右肩 ・ 右肘 ・ 右手首 ・ 右股関節 ・ 右膝 ・ 右足首 その他 左肩 ・ 左肘 ・ 左手首 ・ 左股関節 ・ 左膝 ・ 左足首 (
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外施術を必要とする場合には記載ください)
施術の種類	マッサージ ((軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢))	
施術部位	変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)	
往 療	1. 必要とする	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載ください	
	1. 独歩による公共交通機関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 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください(任意) 上 記 の 者 に つ い て は 、 頭 書 の 疾 病 に よ り 療 養 の た め の 医 療 上 の マ ッ サ ー ジ が 必 要 と 認 め 、 マ ッ サ ー ジ の 施 術 に 同 意 す る 。 平 成 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)
 保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-8) 往療料の算定方法

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書
(マッサージ) (31 年 2 月分)

		機関コード					
特記事項		1. 社団 3. 後期 2. 本外 8. 高外 2. 公費 4. 退職 4. 六外 6. 家外 0. 高外7		給付割合 8 9 10			
種 別 04. マ							
保 険 者 番 号		被保険者記号・番号					
療 養 を (フリガナ)		続柄 被 保 険 者 氏 名					
受けた者の氏 名		(世帯主・組合員)					
男 女		発病又は負傷の原因及びその経過					
生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日							
初 療 年 月 日		今 回 施 術 期 間		施 術 実 日 数		業務上・外、第三者行為の有無	
平 成 年 月 日		自 平成31年2月1日～至 平成31年2月28日		4 日		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他	
傷病名又は症状				発病又は負傷年月日		年 月 日	
施 術 内 容		マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円		請 求 区 分	
変形徒手矯正術		往療料 4kmまで 2,300円×4回=9,200円		円		新 規 ・ 継 続	
温 電 法				円		転 帰	
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:年月分)		円× 回= 円		7日、21日、28日		継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医	
往療料 4kmまで		2,300 円× 3 回= 6,900 円		円		(往 療 ・ 施 術 理 由 等)	
往療料 4km超		2,700 円× 1 回= 2,700 円		円		14日	
合 計 金 額				円		前 患 家 (〇〇市9999)	
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)				円		から 患 家 4.1 k m	
請 求 金 額				円			
施 術 日 通院○ 往療◎		2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。平成 年 月 日		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	
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 市町村 世帯主 住所 国民健康保険組合 組合員 氏名 印 電話 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者					
支払機関欄		支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所	
委任欄		本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。平成 年 月 日 世帯主 住所 組合員 住所 被保険者 氏名 印 代理人 住所 氏名 電話					
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	

(事例-9) 往療距離が片道16kmを超える場合の摘要欄の記載方法

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書
(マッサージ) (31 年 2 月分)

		機関コード					
特記事項		1. 社団 3. 後期 2. 本外 8. 高外 2. 公費 4. 退職 4. 六外 6. 家外 0. 高外7		給付割合 8 9 10			
種 別 04. マ							
保 険 者 番 号		被保険者記号・番号					
療 養 を (フリガナ)		続柄 被 保 険 者 氏 名					
受けた者の氏 名		(世帯主・組合員)					
男 女		発病又は負傷の原因及びその経過					
生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日							
初 療 年 月 日		今 回 施 術 期 間		施 術 実 日 数		業務上・外、第三者行為の有無	
平 成 年 月 日		自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日		1 日		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他	
傷病名又は症状				発病又は負傷年月日		年 月 日	
施 術 内 容		マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円		請 求 区 分	
変形徒手矯正術		往療料 4kmまで 2,700円×1回=2,700円		円		新 規 ・ 継 続	
温 電 法				円		転 帰	
施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:年月分)		円× 回= 円		7日、21日、28日		継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医	
往療料 4kmまで		2,700 円× 1 回= 2,700 円		円		14日	
往療料 4km超		2,700 円× 1 回= 2,700 円		円		14日	
合 計 金 額				円		前 患 家 (〇〇市9999)	
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)				円		から 患 家 4.1 k m	
請 求 金 額				円			
施 術 日 通院○ 往療◎		2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。平成 年 月 日		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	
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 市町村 世帯主 住所 国民健康保険組合 組合員 氏名 印 電話 後期高齢者医療広域連合 長 被保険者					
支払機関欄		支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所	
委任欄		本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。平成 年 月 日 世帯主 住所 組合員 住所 被保険者 氏名 印 代理人 住所 氏名 電話					
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	

(事例-10) 施術報告書交付料の算定方法について

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書
(はり・きゅう) (31 年 2 月分)

		機関コード																															
特記事項	9 鍼灸	1. 社団 2. 公費	3. 後期 4. 退職	2. 本外 4. 六外 6. 家外	8. 高外- 0. 高外7																												
		給付割合		8	9	10																											
種別05. 鍼灸																																	
保険者番号		被保険者記号・番号																															
療養を (フリガナ)		続柄		被保険者氏名 (世帯主・組合員)																													
受けた者の 氏名		男 女		発病又は負傷の原因及びその経過																													
生年月日		明・大・昭・平		年 月 日																													
施術内容欄	初療年 月 日	今回施術期間		施術実施日数	業務上・外、第三者行為の有無																												
	平成 年 月 日	自平成31年2月1日～至平成31年2月28日		4 日	1.業務上2.第三者行為である3.その他																												
	傷病名 1 5	・施術報告書交付料は同意書、診断書の要加療期間内に複数回交付した場合であっても請求は1回とする ・6ヶ月以上の期間に対して1回のみ請求できるものであることから、前回支給月から5ヶ月以内は算定できない ※ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して1ヶ月の期間について施術報告書を交付した場合に1回に限り算定できる (平成30年10月1日付厚労省保険局医療課 事務連絡あはき療養費の取扱いに関する疑義解釈より)																															
	初検 1はり 2きゅう	請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要 (往療・施術理由等)																															
	はり きゅう はり・きゅう 料	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具																															
	施術報告書交付料(前回支給:30年10月分)		300 円×	1 回=	300 円																												
	往療料 4 kmまで		円×	回=	円																												
	往療料 4 km超		円×	回=	円																												
	合 計 金 額		円																														
	一部負担金 (1割・2割・3割)		円																														
請求金額		円																															
施術日 通院○ 往療◎	2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。 平成 年 月 日		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																																
	免許登録番号		はり師																														
免許登録番号		きゅう師 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		〒		住所																												
	市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合		世帯主 組合員 被保険者		氏名																												
	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																								
	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				信用金庫		支店																								
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協		出張所																								
口座名義人 カタカナで記入		口座番号																															
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日		世帯主 組合員 被保険者		住所																												
	氏名		住所		氏名																												
	代理人		氏名		電話																												
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30年10月10日				平成30年10月10日 ～ 平成31年3月31日																								

(事例-11) 施術報告書交付料の算定月について

☐ 国民健康保険療養費支給申請書
☐ 後期高齢者医療療養費支給申請書
(はり・きゅう) (31 年 2 月分)

		機関コード																														
特記事項	9 鍼灸	1. 社団 2. 公費	3. 後期 4. 退職	2. 本外 4. 六外 6. 家外	8. 高外- 0. 高外7																											
		給付割合		8	9	10																										
種別05. 鍼灸																																
保険者番号		被保険者記号・番号																														
療養を (フリガナ)		続柄		被保険者氏名 (世帯主・組合員)																												
受けた者の 氏名		男 女		発病又は負傷の原因及びその経過																												
生年月日		明・大・昭・平		年 月 日																												
施術内容欄	初療年 月 日	今回施術期間		施術実施日数	業務上・外、第三者行為の有無																											
	平成 年 月 日	自平成31年2月1日～至平成31年2月28日		4 日	1.業務上2.第三者行為である3.その他																											
	傷病名 1 5	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 () 発病又は負傷年月日 年 月 日																														
	初検 1はり 2きゅう	請求区分 新規・継続 転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要 (往療・施術理由等)																														
	はり きゅう はり・きゅう 料	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具																														
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		300 円×	1 回=	300 円																											
	往療料 4 kmまで		円×	回=	円																											
	往療料 4 km超		円×	回=	円																											
	合 計 金 額		円																													
	一部負担金 (1割・2割・3割)		円																													
請求金額		円																														
施術日 通院○ 往療◎	2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。 平成 年 月 日		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																															
	免許登録番号		はり師																													
免許登録番号		きゅう師 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		〒		住所																											
	市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合		世帯主 組合員 被保険者		氏名																											
	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																							
	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				信用金庫		支店																							
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協		出張所																							
口座名義人 カタカナで記入		口座番号																														
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日		世帯主 組合員 被保険者		住所																											
	氏名		住所		氏名																											
	代理人		氏名		電話																											
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																							

(事例-11) 参考

同意書		
(はり及びきゅう療養費用)		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 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 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	平成 31 年 1 月 31 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ください(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。		
平成 31 年 2 月 1 日		
保険医療機関名		
所在地		
保険医名		
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)
保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(事例-11) 参考

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	
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

31 年 1 月 31 日 施術所名
住所
電話・FAX番号
メールアドレス
施術者氏名