

療養費支給申請書記載（申請）要領  
（はり・きゅう、あん摩・マッサージ用）

（記載にあたっての注意事項方法）

1. 施術内容欄、施術証明欄は、施術管理者へ記入を依頼してください。
2. 被保険者欄、申請者欄は、被保険者が記入してください。
3. 同意記録欄は、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。
4. 給付金の受領は、勤務先への受領委任となりますので、委任状にそれぞれ該当する欄に記入してください。
5. 勤務先を退職した後の給付金の受領は、勤務先の受領委任または個人受領となります。なお、個人受領を希望する場合は、別紙「振込銀行依頼書」をこの申請書に添付してください。

（申請方法）

1.
  - ① 施術料の全額を施術所窓口で支払い領収書を受け取ります。
  - ② 施術者等に施術内容等の証明を受けます。（療養費支給申請書内に記載）
  - ③ 以下の書類を添付し、当健康保険組合に提出。
    - 『療養費支給申請書』  
「はり、きゅう用」または、「あんま・マッサージ用」の該当するものに記入。
    - 『領収書原本』  
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。
    - 『医師の施術同意書（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再度医師の診察のうえ施術同意（再同意）を受けることが必要です。  
また、同意期間内において2回目以降の請求については、医師の同意書の添付は省略または医師同意書（写し）の添付で差し支えありません。
    - 『施術報告書（写し）』  
施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。
    - 『往療状況確認書』  
往療の施術を受けた場合には、施術者等へ『往療状況確認表』の記入を受け申請書に添付をしてください。

\*その他注意事項

- ・ 毎月ごとに申請してください。
- ・ 平成31年4月施術分以降、施術者等からの申請があったものは、委任した被保険者へ申請書を返却させていただきます。お手数ですが、償還払い（領収書（原本）等の添付）の手続きにより再申請をしてください。
- ・ 給付金の振込は、医療機関との併用受診確認のため、施術月よりおよそ4～5ヶ月後となります。
- ・ 申請書類等の取得や申請方法などは、当健康保険組合ホームページをご確認ください。ご不明な点は、当健康保険組合〈業務課〉までお問い合わせください。

# 往療状況確認表

令和 年 月分 施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所

※施設に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 付 | 同一日・<br>同一建物<br>記入欄 | 往療の起点<br>(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<br>(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 ( )

(介護保険の要介護度) (1・2・3・4・5) 分ければ記載ください

(医療機関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。