

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------|-------|-----|---|---|----|--------------------|-----|---|---|---|
| 支給決定 同 | 被保険者 | 支給額 ¥ | 取得日 | 年 | 月 | 日 | 業務理事 事務長 担当者 | | | | |
| | 被扶養者 | | 喪失日 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 7割 | 診療期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 | 認定日 | 年 | 月 | 日 |
| | 8割 | | | | | | | 抹消日 | 年 | 月 | 日 |
| 9割 ()割 | 同意期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 備考 | | | | | |

- 太線枠内（被保険者記入欄・申請欄・委任欄）のみ本人が記入して下さい。
 - ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。
 - 施術内容欄・施術証明欄・同意記録欄については、施術者に記入してもらって下さい。
 - 申請の際には、診療を受けた際に支払った代金の領収書（必ず原本）が必要です。
- ※支給の可否の審査には時間がかかり、追加書類をお願いする事もあります。

療養費支給申請書

年 月 分 (はり・きゅう用) 第 回

| | | | | | | |
|-------------|---------------------------------------|--------|---------------------------|-----------------|-----|----------|
| 被保険者 記入欄 | 被保険者証の記号番号 | | 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 | 発症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 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 | | | |
| 公費負担 | (乳幼児助成制度 ・ 身障者助成制度等) の適用を受ける事ができますか | | | | | はい ・ いいえ |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|---|------------|-------------|---------|-------------|--|--|--|--|--|
| 施術 内容 欄 | 初療年月日 | 施術年月日 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | |
| | 年 月 日 | 自 | 年 月 日 ~ 至 | 年 月 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 | | | 円 | | | | | | |
| | | 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | |
| 往療料 | 4kmまで | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | |
| 往療料 | 4km越 | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | |
| 施術報告書交付料(前回支給: 年 月分) | | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | |
| 費用合計 | | | | | 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。 | | 保険所登録区別 | 〒 - (電話) | 1. 施術所所在地 | 2. 出張専門施術者所在地 |
| | 令和 年 月 日 | 住所 | | | | |
| | はり師免許登録番号 | 第 号 | はり師 | 氏名 | | |
| | きゅう師免許番号 | 第 号 | きゅう師 | 氏名 | | |

| | | | | | |
|------|----------|----|-------|-----|-------|
| 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 |
| | | | 年 月 日 | | |
| | 再同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | | 年 月 日 | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--------|--------|--|--|--|
| 申請欄 | 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 住所 〒 - | 電話 () | | | |
| | フリガナ 申請者 (被保険者氏名) SGホールディングスグループ健康保険組合 御中 | | | | | |

| | | | | |
|------------------|------|--------------------|-------|--------|
| 退職者のみ記入 (振込先) | 金融機関 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 1. 普通 | 口座番号 |
| | 名義人 | フリガナ | フリガナ | |
| | | | | 支店(店番) |

| | | | | |
|-----|----------------------------|--------------|-------------|-----|
| 委任欄 | 上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 | | (事業主が記入する欄) | 受付印 |
| | 令和 年 月 日 | 健保代理受領口代理人氏名 | | |
| | 申請者 (被保険者氏名) | | | |

同意書 (はり・きゅう療養費用)

| | | |
|---|---|---|
| 患者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 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○をつけてください。 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してください。 | |
| 発症年月日 | 年 月 日 | |
| 同意区分 | 初回の同意 ・ 再同意 (2回目以降) | |
| 診療歴 | 本日 (同意日) が初めての診療である (はい ・ いいえ) | |
| 診察日 | 年 月 日 | |
| 要加療期間 | 要加療期間 月 (週 回 程度) | |
| 患者の歩行、 通院、介助の 状況 | 歩行 | 自立 杖等を利用 車椅子(操作：可・不可) 歩行不可 |
| | 通院 | 徒歩 公共交通機関利用 タクシー 自家用所運転 家族等の送迎 その他 () |
| | 介助 | 無し 有り (家族 施設職員 その他 () |
| 往療の必要性 | 必要とする 必要としない | |
| 往療を必要とする理由 | (往療について、歩行・通院・介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください) | |
| 注意事項等 | 施術にあ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「医療上のはり・きゅう」が医学的見地から必要と認め、はり・きゅうの施術に同意します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。 | | |
| 令和 年 月 日 | | |
| 保健医療機関名 | | |
| 所在地 | | |
| 当該疾病主地医 ㊞ | | |

※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。

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患は、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、保険医に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。
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出来ません。
- 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健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。)が行うとされておりますが、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、取り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。