様式第1－4号

≪給付関係≫

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

（はり・きゅう用）

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ					
被保険者の記号－番号	被保険者の氏名		生年月日		年齢
－	（フリガナ）		昭和 平成　年　月　日		歳
被保険者（申請者）の住所	〒　－		電話番号　－　－		
事業所の名称					
施術を受けた方が被扶養者の場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者からみた続柄
医師の同意を受けた傷病名			発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日	
発病または負傷の原因及びその経過			業務上・外、第三者行為の有無		
			業務上である ・ 第三者行為である ・ その他		

支払金融機関	銀行名	支店名または店名	口座種別	口座番号	口座名義人（カタカナ）
			普通・当座		

施術内容欄				
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
令和　年　月　日	令和　年　月　日～令和　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 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		適用
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　4kmまで	円×　回＝　円			※往療料を申請する場合は往療料状況確認表を添付してください。
往療料　4km超	円×　回＝　円			
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）	円×　回＝　円			※施術報告書交付料を申請する場合は施術報告書の写しを添付してください。
合計	円			
一部負担金（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
令和　年　月　日　住所		
免許登録記号番号　電話：		
＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師　氏名		
＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師		

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
		令和　年　月　日		

（添付書類についての注意）※申請書は暦月を単位として作成してください。　（R7.2）

・領収書（原本）

・医師の同意書（原本）※初回のみ（治療が継続する場合は6ヵ月ごとに提出してください）

・往療内訳表※往療料を申請する場合のみ

・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書※初療の日から1年以上経過し、施術を受けた回数が月16回以上の場合のみ

※施術内容欄、施術証明欄は同様の様式がありましたら施術所作成のものを添付してください。

受付日付印

鉄道弘済会健康保険組合

同意書　（はり及びきゅう療養費用）

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和　　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、当てはまるものに〇をつけて下さい。 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	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（〇をつけて下さい）	
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

（裏面）

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、あらかじめ保険医が、当該疾病について診療の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。

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。（「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養担当規則第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。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

6　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ヵ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。

7　上記6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。

8　上記6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。

往療内訳表

月分　出張専門の施術者の場合（　　）

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				

〈往療を必要とする理由〉

1. 独歩による公共交通機関等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（　　）

〈介護保険の要介護度〉（　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　）分かれば記載ください

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って、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「〇」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。
・出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合（　）」に「〇」を記入すること。

※初療の日から1年以上経過している患者であって、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上の場合は記入をお願いいたします。

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（はり・きゅう用）

（令和　　年　　月分）

患　　者	氏　名	
	生年月日	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日
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（　　）	
施術の種類	１．はり　　２．きゅう　　３．はり・きゅう併用	
初療年月日	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日	
施術回数	月　　回　（当該月の施術回数を記載）	

患者の状態の評価	評価日	令和　　年　　月　　日

痛みの強さ

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

ＮＲＳ（Numerical Rating Scale：ﾆｭｰﾒﾘｶﾙ ﾚｰﾃｨﾝｸﾞ ｽｹｰﾙ）による評価

（注）全く痛みがない状態を「０」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「１０」として、今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。

前月の評価の有無	１．有り　　２．無し

前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）

１．悪化　２．維持　３．改善小　４．改善中　５．改善大

（症状、経過及び初療の日から１年以上経過して、月１６回以上の施術が必要な理由）

上記のとおりであります。

令和　　年　　月　　日

はり師・きゅう師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿