

【令和2年3月作成】

はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師施術所（施術者）様

療養費支給申請書の提出先等について

秋田県国民健康保険団体連合会

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（以下「あはき療養費」という。）に関する「受領委任の取扱い」開始に伴い、秋田県国民健康保険団体連合会（以下「本会」という。）は、令和2年5月から秋田県国民健康保険等鍼灸等療養費審査委員会（以下「鍼灸等審査会」という。）を設置し、あはき療養費審査に関する業務を開始することとなりました。

つきましては、令和2年5月請求（提出）分から支給申請書の提出先及び提出方法等につきまして、次のとおりお願いいたします。

#### **受領委任の取扱いを受けている施術所**

提出先：〒010-0951

秋田県秋田市山王4丁目2番3号 秋田県市町村会館内4階

秋田県国民健康保険団体連合会 審査管理課審査業務班

提出期限：毎月原則10日まで（期限後の到着分は翌月の受付扱いとなります）

#### **受領委任の取扱いを受けていない施術所**

提出先：従前どおり各保険者へ

### 1 提出方法について

(1) 受領委任取扱保険者は別表のとおりです。

(2) 提出書類

- ・療養費支給申請総括票（Ⅰ）（様式第8号）
- ・療養費支給申請総括票（Ⅱ）（様式第9号）
- ・療養費支給申請書  
はり・きゅう（様式第6号）、あん摩・マッサージ（様式第6号の2）
- ・請求内容に応じ添付する書類  
同意書（別紙1）、往療内訳表（様式第7号）、施術報告書（別紙6）等

### 【注意】

- ・返戻となった支給申請書を再請求する場合は、支給申請書に返戻付箋を添付して提出してください。
- ・「鍼灸等審査会」開始前に、保険者から返戻された支給申請書を再請求する場合は、返戻元の保険者へ提出してください。

## 2 申請書等の編綴方法について

(1) 申請書（同意書や往療内訳表等含む）は、種別ごとに分けてください。

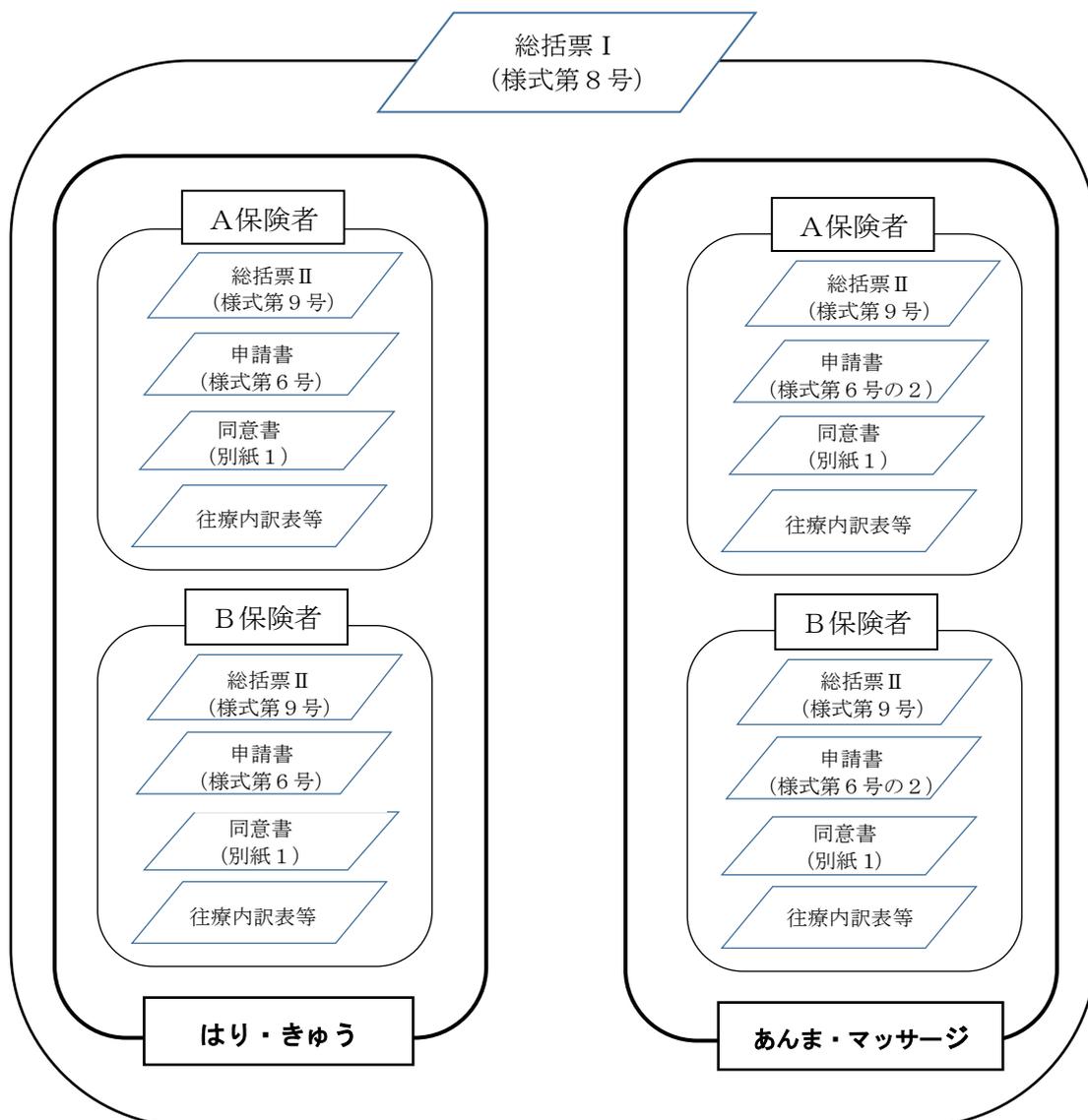
種別：「はり・きゅう」、「あんま・マッサージ」

※「鍼灸等審査会」開始後に返戻となった申請書も含めてください。

(2) 種別ごとの申請書等を、保険者別に総括票（Ⅱ）（様式第9号）を添付し、ホッチキス等で綴じ、保険者番号順（別表参照）に並べてください。

(3) 種別ごとの束を重ねて、その上に総括票（Ⅰ）（様式第8号）を添付して提出してください。

### 【 編 綴 イ メ ー ジ 】



3 療養費支給申請書請求時の注意事項について

◆療養費支給申請総括票(Ⅰ) (様式第8号)

提出する月を記入してください。

令和 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
秋田市 はり・きゅう	件	円	件	円	件	円
秋田市 マッサージ						
能代市 はり・きゅう						
能代市 マッサージ						
・						
・						
広域連合 はり・きゅう						
広域連合 マッサージ						
合計						

支給申請書の合計金額を合算して記入してください。

同じ保険者でも  
はり・きゅうとマッサージ  
記入してください。

・上の集計した金額を記入してください。

・登録記号番号は、必ず記入してください。  
・施術管理者、施術所名を記入してください。

※保険者、本会及び鍼灸等審査会から返戻後の再提出分がある場合は、返戻再提出分の件数、金額も含めて計算してください。

◆療養費支給申請総括票(Ⅱ) (様式第9号)

提出する月を記入してください。

令和 年 月分  
療養費支給申請総括票(Ⅱ)

保険者名: 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
	家族			
※決定	本人			
	家族			
※戻分	本人			
	家族			
※増減	本人			
	家族			

支給申請書の合計金額を合算して記入してください。

・「はり、きゅう」あるいは「マッサージ」と記入してください。

・保険者ごとに作成してください。  
・はり、きゅう・マッサージは、別々に作成してください。

・登録記号番号は、必ず記入してください。  
・施術管理者、施術所名を記入してください。

※保険者、本会及び鍼灸等審査会から返戻後の再提出分がある場合は、返戻再提出分の件数、金額も含めて計算してください。

◆療養費支給申請書(はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用) 別添1 (様式第5号)

公費負担者番号	特記事項	1 社団 2 公費	3 自費 4 退職	2 本外 4 三外 6 業外	8 高内9 0 高外8	給付割合 8   9   10
公費受給者番号	種別	05 療養				
区市町村番号	種別	05 療養				
受給者番号	保険者番号					

被保険者等の記号番号 ○発病又は負傷年月日 ○傷病名

療養を受けた者の氏名 (7桁) 続柄 ○発病又は負傷の原因及びその経過

初療年月日 施術期間 実施回数 請求区分

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 ( )

初療料 (はり きゅう 併用) 円× 円= 円

はり きゅう 円× 円= 円

はり・きゅう併用 円× 円= 円

電療料 (1 電刺激 2 電気療法 3 電気光線療法) 円× 円= 円

往療料 4kmまで 円× 円= 円

往療料 4km超 円× 円= 円

施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) 円× 円= 円

合 計 円

一部負担金 (1割・2割・3割) 円

請求額 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

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 ① 所在地 氏名 氏名 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 ② 住所 氏名 氏名 電話

支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 5. 通知

預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知

金融機関名 銀行 本店 支店 出払所

口座番号 郵便局

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 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。  
 ※ この給付金の申請の件に関するお問い合わせは、申請責任の取柄欄(25年6月19日付通達(0612第2号))に添付されています。

・療養費支給申請書の様式は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号)にて、示されている様式(様式第6号、6号の2)を御使用ください。

・本会へ提出等する際には、受領委任の取扱規定及び留意事項等に基づく、記入漏れ及び請求内容に応じた同意書(別紙1)、往療内訳表(様式第7号)、施術報告書(別紙6)等の添付漏れがないか確認してください。  
不備の場合は、返戻等の対象となる場合があります。

※令和2年5月以降に保険者、本会及び鍼灸等審査委員会から返戻となった療養費支給申請書も返戻等の付箋を貼付した状態で本会の請求分に含めてください。

◆療養費支給申請書(あんま・マッサージ用)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用) 別添1 (様式第6号)

公費負担者番号	特記事項	1 社団 2 公費	3 自費 4 退職	2 本外 4 三外 6 業外	8 高内9 0 高外8	給付割合 8   9   10
公費受給者番号	種別	04 マ				
区市町村番号	種別	04 マ				
受給者番号	保険者番号					

被保険者等の記号番号 ○発病又は負傷年月日 ○傷病名

療養を受けた者の氏名 (7桁) 続柄 ○発病又は負傷の原因及びその経過

初療年月日 施術期間 実施回数 請求区分

傷病名又は症状

マッサージ 頸 円× 円= 円  
右 円× 円= 円  
左 円× 円= 円  
右 円× 円= 円  
左 円× 円= 円

変形徒手矯正術 円× 円= 円

電 円× 円= 円

電療法・電気光線器具 円× 円= 円

往療料 4kmまで 円× 円= 円

往療料 4km超 円× 円= 円

施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) 円× 円= 円

合 計 円

一部負担金 (1割・2割・3割) 円

請求額 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

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 ① 所在地 氏名 氏名 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 ② 住所 氏名 氏名 電話

支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 5. 通知

預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知

金融機関名 銀行 本店 支店 出払所

口座番号 郵便局

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 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。  
 ※ この給付金の申請の件に関するお問い合わせは、申請責任の取柄欄(25年6月19日付通達(0612第2号))に添付されています。

①の  は、  
施術者登録記号番号を必ず記入ください。  
(10桁の番号になります。)

例) 「0500000△△△」

②の  は、  
申請する保険者名を記入ください。  
例) ・国保の場合 秋田市長

・後期の場合  
秋田県後期高齢者医療広域連合長

## 秋田県受領委任取扱保険者一覧

注意：八郎潟町の受領委任開始は令和2年6月1日となります。

順	保険者番号	保 険 者 名	委任開始年月日
1	050013	秋田市	令和2年1月1日
2	050047	大館市	平成31年1月1日
3	050096	鹿角市	平成31年1月1日
4	050104	由利本荘市	平成31年1月1日
5	050112	潟上市	平成31年1月1日
6	050120	大仙市	平成31年4月1日
7	050138	北秋田市	平成31年1月1日
8	050146	湯沢市	平成31年1月1日
9	050153	男鹿市	平成31年1月1日
10	050161	にかほ市	平成31年1月1日
11	050179	横手市	令和2年4月1日
12	050187	能代市	平成31年1月1日
13	050195	仙北市	平成31年1月1日
14	050518	小坂町	平成31年1月1日
15	050583	上小阿仁村	平成31年4月1日
16	050641	藤里町	平成31年1月1日
17	050666	五城目町	平成31年1月1日
18	050682	八郎潟町	令和2年6月1日
19	050724	井川町	令和2年4月1日
20	050732	大潟村	平成31年1月1日
21	051086	羽後町	平成31年1月1日
22	051094	東成瀬村	平成31年1月1日
23	051110	美郷町	平成31年4月1日
24	051128	三種町	平成31年1月1日
25	051136	八峰町	平成31年1月1日
26	053017	秋田県医師国民健康保険組合	平成31年4月1日
27	053025	秋田県歯科医師国民健康保険組合	平成31年1月1日
28	3905△△△△	秋田県後期高齢者医療広域連合	令和2年1月1日