

事務連絡  
平成30年11月7日

はり師、きゅう師  
あん摩マッサージ指圧師 様

神奈川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の  
受領委任制度移行に伴う申請方法について

本会の審査支払業務につきましては、平素よりご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、厚労省より「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に関する受領委任の取扱いについて」(平成30年6月12日保発0612第2号)及び「「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」の一部改正について」(平成30年6月20日保医発0620第1号)が通知され受領委任制度が導入されることとなりました。皆様方には受領委任制度への移行に伴い、地方厚生(支)局への届出のご協力をお願いしているところです。届出等の具体的な手続きにつきましては、関東信越厚生局神奈川事務所(電話 045-270-2053)へ直接お問い合わせください。

なお、今後の請求方法については下記のとおりです。

**【平成31年1月施術分(2月請求分)からの請求について】**

- ① 受領委任の取扱いは平成31年1月1日より開始されます。そのため、平成30年10月31日までに関東信越厚生局へ届出をされた施術所(者)につきましては、国保連合会への請求は平成31年2月請求分より新しい申請書での請求となります。

また、申請書の施術証明欄には必ず厚生局から附番された「登録記号番号」の記載をお願いいたします。

- ② 受領委任の届出を厚生局で済まされた後、国保連合会にもご連絡ください。国保連合会に提出していただく書類「施術療養費振込先及び請求書印鑑届」がございます。この書類の提出がありませんと申請書を受付することが出来ず、すべてご返送となりますので必ずご提出ください。なお、本会への届出の詳細については国保連合会までご連絡ください。

**【各書式について】**

受領書、請求書につきましては本会のホームページに掲載しているものをダウンロードしてご使用いただくか、今回同封いたしました各書式をコピーしてご使用ください。

なお、同封した申請書については受領委任制度が開始してからの書式のものとなるのでご注意ください。

皆さまのご理解、ご協力をお願いいたします。

\*同封の神奈川県健康医療局保健医療部医療保険課・関東信越厚生局神奈川事務所より通知の「受領委任制度の開始に伴う届け出のお願い」もご参照ください。

神奈川県国保連合会  
審査第四課 療養費係  
電話 045-329-3433

平成 年 月分鍼灸・マッサージ施術療養費受領書

(神奈川県国民健康保険団体連合会)

機関コード番号				※ 受 付 印
区 分	保険者数 (請求書の枚数)	申請書件数	施術に要した費用額	備 考
1. 国民健康保険				
2. 後期高齢者医療				
計	0	0	0	

- 注 1) この受領書は、国保連合会へ施術療養費を申請する場合に添付してください。  
 2) 国民健康保険、後期高齢者医療のそれぞれの区分に合計件数・費用額等を記入します。  
 3) 保険者数の欄は、請求書の枚数を記入してください。  
 4) ※印の欄は記入しないでください。  
 5) この用紙は、3枚で1組です。郵送で提出する場合は、1枚目を剝して控えとしてお持ちください。

鍼灸用  
 マッサージ用  
 該当を○で囲んでください。

平成 0 年 0 月分鍼灸・マッサージ施術療養費総括票

(神奈川県国民健康保険団体連合会)

機関コード番号				※ 受 付 印
000.000.0				
区 分	保険者数 (請求書の枚数)	申請書件数	施術に要した費用額	備 考
1. 国民健康保険	0	0	0	
2. 後期高齢者医療	0	0	0	
計	0	0	0	

- 注 1) この総括票は、国保連合会へ施術療養費を申請する場合に添付してください。  
 2) 国民健康保険、後期高齢者医療のそれぞれの区分に合計件数・費用額等を記入します。  
 3) 保険者数の欄は、請求書の枚数を記入してください。  
 4) ※印の欄は記入しないでください。

鍼灸用  
 マッサージ用  
 該当を○で囲んでください。

平成 0 年 0 月分鍼灸・マッサージ施術療養費総括票

(神奈川県国民健康保険団体連合会)

機関コード番号				※ 受 付 印
000.000.0				
区 分	保険者数 (請求書の枚数)	申請書件数	施術に要した費用額	備 考
1. 国民健康保険	0	0	0	
2. 後期高齢者医療	0	0	0	
計	0	0	0	

- 注 1) この総括票は、国保連合会へ施術療養費を申請する場合に添付してください。  
 2) 国民健康保険、後期高齢者医療のそれぞれの区分に合計件数・費用額等を記入します。  
 3) 保険者数の欄は、請求書の枚数を記入してください。  
 4) ※印の欄は記入しないでください。

鍼灸用  
マッサージ用

該当を○で囲んでください。

平成 年 月分国民健康保険鍼灸・マッサージ施術療養費請求書

保険者 

--	--	--	--	--	--

 殿

	診療科
マッサージ	04
鍼灸	05

機関コード番号 \_\_\_\_\_  
 施術所の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

施術管理者氏名

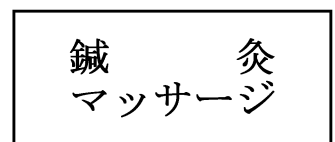


区分			件数	施術実日数	施術に要した費用額	一部負担金	備考	
国民健康保険	一般被保険者	請求	7割	12		/		
		※決定	7割	12				
	七〇歳以上	請求	7割	52				
			8割	62				
		※決定	7割	52				
			8割	62				
	六歳未満者	請求	8割	82				
		※決定	8割	82				
	保険退職者	本人	請求	7割	16			
			※決定	7割	16			
		被扶養者	請求	7割	18			
			※決定	7割	18			
六歳未満者		請求	8割	88				
		※決定	8割	88				

再掲	法別名	コード	件数	施術に要した費用額	一部負担金	備考
	乳幼児	81			/	
	一人親	85			/	
	障害	80			/	

※増減	91		※返戻	92	
-----	----	--	-----	----	--

1. 公費は一般・退職者を合算して記入してください。
2. ※は記入しないでください。



療養費支給申請書 (平成 年 月分)

(はり・きゅう用)

都道府 機関コード  
県番号

公費負担者番号										特記事項	9 鍼灸	1社国 2公費	3後期 4退職	2本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7	給付割合		
公費受給者番号											種類	05鍼灸				8	9	10
区市町村番号	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
受給者番号	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
										保険者番号								

被保険者欄	○被保険者証等の記号・番号										○発症又は負傷年月日					○傷病名							
											年 月 日												
	(フリガナ)										続柄					○発症又は負傷の原因及びその経過							
	療養を受けた者の氏名										男・女					○業務上・外、第三者行為の有無							
明・大・昭・平 年 月 日生															1.業務上 2.第三者行為である 3.その他								
施術内容欄	初療年月日					施術期間					実日数		請求区分										
	平成 年 月 日					自・平成 年 月 日 ~ 至・平成 年 月 日					日		新規・継続										
	傷病名					1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 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										円 × 回 = 0 円												
	はり										円 × 回 = 0 円												
	きゅう										円 × 回 = 0 円												
	はり・きゅう併用										円 × 回 = 0 円												
	電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)										円 × 回 = 0 円												
往 療 料										4Kmまで 円 × 回 = 0 円													
往 療 料										4Km超 円 × 回 = 0 円													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)										円 × 回 = 0 円													
合 計										0 円													
一 部 負 担 金 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 )										円													
請 求 額										円													
施術日 通院○ 往療◎										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 月													
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										施術所 所在地					名称 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。										〒					氏名 電話							
	平成 年 月 日										市町村					住所							
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					金庫 支店					農協 出張所							
3. 郵便局送金 4. 当地払					3. 通知 4. 別段																		
口座名義 カタカナで記入					口座番号										郵便局								
同意記録	同意医師の氏名					住 所					同意年月日					傷 病 名							
											平成 年 月 日												
本申請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													
申請書 住所										代理人 住所													
(被保険者・世帯主) 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。  
 ※ 施術管理者および申請者(被保険者)の記名押印は署名でも差し支えありません。  
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規定(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。





