

平成30年 6月 1日

施術師 各位

群馬県後期高齢者医療広域連合  
事務局長 外所 康信  
(公印省略)

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  
療養費支給申請書の提出等に関する留意点について

平素は、後期高齢者医療制度の運営にご理解、ご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、当広域連合への療養費支給申請書の提出等につきましては、ホームページでもお知らせしているところではありますが、療養費の円滑な審査支払業務の実施にあたり、支給申請書提出の際には下記の事項にご留意いただきますようお願いいたします。

記

1. 提出方法について

(1) 提出先

〒371-0854

群馬県前橋市大渡町一丁目10番地7 群馬県公社総合ビル6階

群馬県後期高齢者医療広域連合 給付課

TEL: 027-256-7115 027-256-7126

FAX: 027-255-1312

(2) 提出期日及び方法

毎月4日まで(ただし、土日祝日の場合は直前の平日) \*必着

郵送または持参による提出

\*広域連合事務局の開局時間は、平日8:30~17:15までとなっております。開局時間外は受付できません。

### (3) 送付表と総括表について

提出する申請書は施術所（施術師）ごとに、送付表に件数と請求額（保険請求分）を記載して提出してください。

団体として提出する場合は、送付表の累計を総括表に記載して提出してください。

個人で提出する場合は、送付表のみの提出となりますが、送付表が複数枚になる場合は送付表の累計を総括表に記載して提出してください。

\*送付表、総括表は、お手数ですが群馬県後期高齢者医療広域連合のホームページからダウンロードして使用してください。なお、送付表、総括表は、同内容であれば団体等で用意している様式を使用しても構いません。

\*はりきゅう、あんま・マッサージで様式が異なります。提出する申請書の種別に合わせた様式を使用するようお願いします。

\*複数名の施術師により施術を行っている治療院等は、事務処理上団体として取扱います。

\*送付表、総括表は提出月ごとでまとめ、市町村ごとや施術月ごとなどのまとめ方はしないようにしてください。

## 2. 申請書、記載内容の留意点について

### (1) 様式について

広域連合が規則等により定めた様式はありませんが、ホームページに参考様式を掲載しています。ダウンロードして使用してください。

### (2) 記載内容について

以下の事項について留意の上、申請書を記入してください。

- ①申請書に記載する被保険者住所、保険者番号等は申請日時点での被保険者証の住所を記載してください。
- ②生年月日、性別を確認してください。
- ③傷病名又は症状については、必ず記入してください。
- ④往療料については、4 kmまでの回数と4 kmを超えた回数を分けて記載してください。
- ⑤施術日欄は、通院の場合には「○」を、往療を行った場合には「◎」を鮮明に記載してください。
- ⑥施術証明欄の施術師住所は、保健所等に開設の届出を行っている施術所の住所を記載してください。専ら出張のみによって業務に従事することとして保健所等に届出を行っている施術者については、届出の住所を記載してください。
- ⑦支払機関欄については、必ず口座名義人を通帳に記載されているフリガナで記載してください。また、同一の施術所（施術師）の同月の請求を複数の口座に振り込むことはできません。
- ⑧同意記録欄は、同意書を添付している場合であっても必ず記載してください。

- ⑨ 施術証明欄、申請者欄、委任欄の日付について、必ず記入してください。
- ⑩ 被保険者住所と、往療先住所が異なる場合は、摘要欄にその旨を記載するか、別紙に記載して添付してください。
- ⑪ 日ごとに往療先が異なる場合は、内訳を摘要欄に記載するか、別紙に記載して添付してください。

### 3. 返戻について

#### (1) 申請書に不備等があった場合の返戻について

申請書に不備や疑義がある場合には、申請書を返戻します。この際に事前の電話連絡等  
は行いません。返戻理由は添付されている付箋をご確認ください。

#### (2) 施術所（施術師）からの申出による返戻について

提出された申請書を取り下げる場合は、電話で受付をします。その際には、施術所名（施  
術者名）、提出年月日、施術月、保険者番号、被保険者番号、被保険者氏名、保険請求額、  
連絡先電話番号をお伝えください。

また、件数が多い場合は書面での依頼をお願いいたします。必要事項は上記と同様とな  
ります。

#### (3) 支給済みの支給申請書の返戻について

支給後に不備が発覚した場合や、取り下げ依頼があった場合は、すでに支給済みの療養  
費を返還していただくこととなります。この際の過誤調整は行っておりません。

手順や納付期限について、ご連絡をさせていただきますのでご承知おきください

#### (4) 返戻時期について

月に1度、毎月20日前後に支給申請書を返戻しております。なお、審査の都合上、ご  
連絡をいただいても当月に返戻とはならない場合がありますので、ご了承ください。

### 4. 支給について

提出された申請書は、最短で翌月末日（末日が土日祝日の場合は直前の平日）となりま  
す。支給に際しては、支給決定通知と療養費施術師別支給一覧を送付いたします。

## 5. 福祉医療分の申請書について

福祉医療分の申請書についての提出先は、群馬県後期高齢者医療広域連合または各市町村福祉医療担当となりますが、広域連合に提出する場合は、以下の点に留意してください。

- ・保険請求分と福祉医療請求分とを区別して束ね、混在させないようにしてください。（保険請求分の申請書にホチキス留めする、などをご遠慮ください。）
- ・福祉医療請求分であることを明記してください。
- ・市町村別に束ねてください。（保険請求分と束ね方が異なります。ご注意ください。）

\*福祉医療については各市町村の所管となります。広域連合事務局で福祉医療分についての審査等を行いません。代理受領の可否、申請書の様式、記載方法、返戻、支給等についてのお問い合わせは、各市町村の福祉医療担当課へご連絡ください。

## 6. その他

### (1) 関係法令等の遵守について

療養費支給申請に関しては、関係法令及び関係機関の通知を遵守し、適正な運用を強くお願いいたします。

### (2) 施術所等の届出について

施術所や団体の所在地、登録記号番号、所属団体、振込先口座に変更があった場合は、必ず書面での連絡をお願いいたします。

また振込先口座の変更について、連絡のあった月の支給分からの変更など即時の対応はできないことがありますのでご了承ください。

群馬県後期高齢者医療広域連合給付課 給付担当  
群馬県前橋市大渡町一丁目10番7号  
群馬県公社総合ビル6階  
TEL : 027-256-7115 FAX : 027-256-1312