

## 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伴う支給申請書の提出等に関する留意点について

### (はじめに) 受領委任制度について

平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号「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」(以下「受領委任の取扱いについて」と称する)に定められた受領委任制度について、群馬県後期高齢者医療広域連合は平成 31 年 4 月 1 日より同制度に参加しております。

したがいまして、平成 31 年 4 月施術分以降の療養費支給申請書は、受領委任制度の取扱いを受けている施術所または施術者による「受領委任払い」、もしくは施術を受けた被保険者本人による「償還払い」のいずれかによる受付となります。受領委任制度の取扱いを受けるためには、施術拠点を管轄する厚生局に届出が必要となりますので、該当の厚生局にお問い合わせください。

※平成 31 年 3 月施術分までは、従前と同様の取扱いとなりますが、平成 31 年 4 月施術分以降の申請書について、受領委任制度の取扱いを受けていない施術所等からの申請書はすべて返戻としますので、被保険者による償還払いの手続きで療養費の支給申請をしてください。なお、事前に受領委任制度の取扱いを受けられなかったやむを得ない理由がある場合、群馬県後期高齢者広域連合 給付課までお問い合わせください。

※被保険者本人が「償還払い」による請求を行う場合は、被保険者証記載住所の市町村(住所地特例の方は元の市町村)役場後期高齢者医療担当窓口で、療養費支給申請の手続きをしてください。

### 1. 受領委任制度による療養費支給申請書の提出方法について

#### (1) 申請書の提出先

令和 2 年 4 月より、群馬県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に審査委員会を設置し、審査を開始することとなりました。そのため、令和 2 年 4 月審査分以降の申請書は国保連合会に提出願います。

|   |
|---|
| (送付先) 〒371-0846<br>群馬県前橋市元総社町335番地の8 群馬県市町村会館内<br>群馬県国民健康保険団体連合会 宛<br>TEL : 027-290-1380 FAX : 027-254-3289 |
|---|

※ 福祉医療分(医療助成分)の申請書につきましては、保険者である各市町村の福祉医療担当部署に直接提出願います。

#### (2) 提出期日

毎月 10 日(10 日が土日祝日の場合は、直前の平日) 必着

※ 郵送または持参にて提出願います。

## 2. 申請書、記載内容の留意点について

### (1) 様式について

受領委任制度の導入により、「受領委任の取扱規定」第 24 項及び第 25 項に示される標準様式を用いることが定められています。厚生労働省のホームページ、または群馬県後期高齢者医療広域連合ホームページからダウンロードしてご使用ください。

#### ■様式一覧

|     | 様式名                                   | 標準様式の規定  | 提出義務  |
|-----|---------------------------------------|--|---|
| I   | 療養費支給<br>申請書                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「受領委任の取扱規定」別添 1 様式第 6 号（はりきゅう）</li> <li>・同第 6 号の 2（あんま・マッサージ）</li> </ul>   | 必須  |
| II  | 往療内訳書                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「受領委任の取扱規定」別添 1 様式第 7 号（はりきゅう・マッサージ共通）</li> </ul>  | 往療料を算定した場合必須  |
| III | 療養費支給<br>申請総括票<br>(I)、(II)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「受領委任の取扱規定」別添 1 様式第 8 号（I）</li> <li>・「受領委任の取扱規定」別添 1 様式第 9 号（II）（共にはりきゅう・マッサージ共通）</li> <li>・またはこれらに準じる様式</li> </ul>  | 必須  |
| IV  | 同意書または<br>診断書                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 30 年 6 月 20 日保医発 0620 第 1 号「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」（以下「留意事項」と称する）別添 1（別紙 1）または（別紙 2）（はりきゅう）</li> <li>・同別添 2（別紙 1）または（別紙 2）（マッサージ）</li> </ul> | 必須<br>（同意期間中最初の施術月の申請書に併せて原本を提出）                        |
| V   | 1 年以上・月<br>16 回以上施<br>術継続理由・<br>状態記入書 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「留意事項」別添 1（別紙 5）（はりきゅう）</li> <li>・同別添 2（別紙 5）（マッサージ）</li> </ul>  | 必須（初療の日から 1 年以上経過し、かつ 1 ヶ月の施術回数が 16 回以上の者について作成し、原本を提出） |
| VI  | 施術報告書の<br>写し                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「留意事項」別添 1（別紙 6）（はりきゅう）、</li> <li>・同別添 2（別紙 6）（マッサージ）</li> </ul>   | 施術報告書交付料を算定した施術月の申請書に添付                                 |

### (2) 記載内容について

各様式の作成にあたっては、「受領委任の取扱規定」「留意事項」および厚生労働省保険局医療課事務連絡「はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の取り扱いに関する疑義解釈資料の送付について」（以下「**疑義解釈資料**」と称する）に基づき作成をお願いします。

特に、以下の事項についてご留意の上、申請書を記入してください。

## I 療養費支給申請書

- ① 保険者番号、被保険者住所等は申請日時点における被保険者証に記載されているものを記入してください。
- ② 被保険者番号の先頭の「0」は、省略せずに記載してください。
- ③ 発病又は負傷年月日は実際の発病日または同意書に記載の発病年月日を記入してください。なお、発病日が不明瞭である場合は記入不要です。
- ④ 患者氏名（フリガナ）・生年月日・性別は、漏れなく正確に記入してください。
- ⑤ 初療年月日はその傷病に対する施術を開始した日を記入してください。なお、当該傷病が治癒した後、新たな傷病に対する施術を開始した場合、その最初の施術日が初療日となりますが、従前の傷病が治癒しないまま一時施術を中断し、その後、同一傷病に対し施術を再開した場合は従前の初療年月日を記入してください。
- ⑥ 請求区分欄は、初療月は「新規」、それ以外は「継続」に○をつけてください。
- ⑦ 転帰欄は、施術が継続中の場合は「継続」に、当該傷病が治癒し施術を終了した場合は「治癒」に、治癒しないまま施術を取り止めた場合は「中止」に、保険医療機関等に引き継いだ場合は「転医」に、それぞれ○をつけてください。
- ⑧ 施術期間欄の「自」には、初療月は初療日を、それ以外の月は当該月の1日を記入してください。同じく「至」には、転帰欄が「継続」であるものは施術月の末日を、それ以外の場合は最終施術日を記入してください。
- ⑨ 実日数欄は、当月施術した日数を施術日欄及び往療内訳表と相違なく記入してください。なお、1日に2回分以上の施術をしたなどとして施術を行っていない日を施術日数へ加算することは、重大な悪質行為でありますので、厳正に対処いたします。
- ⑩ 傷病名又は症状欄は、同意書と同様に記入してください。
- ⑪ 往療料については、往療距離が4kmまでの回数と4kmを超えた回数を分けて記載してください。また往療料を算定する場合は、往療料内訳表を必ず添付してください。なお、拠点から16kmを超える往療は、絶対的な理由がない限り、施術料を含めて認められません（前患家からの距離が16km以内でも認められません）。
- ⑫ 施術報告書交付料は、医師の再同意にあたり、a.同意期間の最終月の施術における状況等を施術報告書に記入し同月中に交付、b.前回交付料算定月から間5ヶ月以上経過した月に交付、のいずれかを満たす場合に、報告した施術を行った日の属する月の申請書で算定してください。また施術報告書交付料を算定する場合は、施術報告書の写しを必ず添付してください。
- ⑬ 施術日欄は、通院の場合には「○」を、往療を行った場合には往療料の算定の有無を問わず「◎」を記入してください。別添する往療内訳表と相違ないようご注意ください。
- ⑭ 施術証明欄は、受領委任の取り扱いを受けている施術所の施術管理者または出張専門施術者の登録記号番号を明記し、管轄厚生局に届出しているものと同一の所在地・施術所名（出張専門施術者は住所）を記載してください。また、施術管理者の氏名の記名・押印、または署名を必ず行ってください。施術管理者以外の施術証明は認められません。
- ⑮ 申請欄の宛先は「群馬県後期高齢者医療広域連合長」宛としてください。
- ⑯ 申請書を作成した後、申請者又はそのご家族に申請書の内容に相違がないかを、必ず確認ください。

てください。なお、申請者やご家族が真にやむを得ない理由により内容を確認できない場合、患者の介護者などの確認を受けることとしてください。また、確認後は申請者の押印か署名がなされた申請書の写し又は一部負担金明細書を必ず交付し、保管いただいでください。

- ⑰ 申請書を申請者等に確認いただいた後、申請欄には日付・住所の記入と、記名押印または署名を必ずいただいでください。

なお、患者の症状より患者自らが記入することに支障がある場合や、施術継続中の患者からあらかじめ記入の依頼を受けている場合などは、住所・氏名等を施術者が代理記入することは可能ですが、押印または署名は必ず申請者本人が行うこととなります。ただし、申請者が体を全く動かすことができない、あるいは重度認知症などの理由により押印または署名ができない場合は、申請者から許可を受けたご家族（困難な場合は法定代理人又は任意代理人、それも困難な場合法定代理人又は任意代理人から許可を受けた者）が代理で行うこともできますが、代理で行った方の氏名、申請者との関係及び代理で行った理由を摘要欄等に記入してください。なお、施術者が代理で押印または署名することは適当ではありません。

- ⑱ 支払機関欄の口座名義人は、必ず通帳記載のカタカナで記載してください。なお、施術管理者以外の代理人口座に振り込む際には、施術証明欄又は欄外に、「療養費の受領を下記代理人に委任します」等の記載をしてください。
- ⑲ 同意記録欄は、同意書を添付している場合は記載不要です（記載があっても構いません）。ただし変形徒手矯正術を行っている場合、月途中に同意を得ているなどして、添付の同意書だけでは当月の施術全ての同意期間が確認できない場合は、前回の同意記録を必ず記載してください。
- ⑳ 施術証明欄、申請者欄、委任欄の日付は、該当月の施術が全て終了し、施術に関する費用の一部負担金を領収した以降の日付（福祉医療制度を利用するなどして、本人負担額がない場合は、該当月の施術が全て終了した以降の日付）を記入してください。
- ㉑ 申請書の訂正は、申請者又は施術管理者の訂正印または署名によりお願いします。ただし、金額に係る訂正や、申請欄・委任欄の訂正は、申請者等に必ず確認をいただき、申請者の訂正印または署名により行ってください。

#### **【療養費支給申請書作成にあたってのお願い】**

支給データ作成の都合により、申請書表題部の「療養費支給申請書（    年     月分）」は西暦ではなく和暦で作成いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

（例）○ 令和 2 年 4 月分 / × 2020 年 4 月分

## **II 往療料内訳表**

- ① 往療をしていない、または同一日・同一建物への往療などにより往療料を一度も算定していない場合は、内訳表の添付は不要です。当月中に 1 回でも往療料を算定した場合は、必ず往療料内訳表を作成し添付してください。申請書摘要欄等への記載のみでは不可とします。
- ② 日付欄は往療料の算定の有無にかかわらず、往療を行った日付をすべて記入してください。
- ③ 同一日に同一建物へ同一施術者が往療に出向いた際、加入保険を問わず複数人に施術した場合には、往療料はその中の 1 人分のみ算定できます。この場合、往療料を算定した時は同一日・同一建物記入欄に◎、往療したが往療料を算定していない時は○を、それぞれ記入してください。

- ④ 往療の起点欄は、施術場所に向けて出発した場所を記入してください。施術所または出張専門施術者住所の場合、「施術所」等のみの記入で構いません。住所を書く場合、個人宅の場合は丁目まで、施設や集合住宅は○丁目○番○号まで（施設名不要）の記載で構いません。
- ⑤ 施術した場所欄は、実際に施術した場所を記入してください。患者自宅であれば「自宅」で構いません。自宅以外の施設等の場合、番地まで含む住所と施設名を記入してください。  
なお、往療先は、患者の生活基盤となる居住実態のある患家等に限られます。施術する場所が患者自宅または入居型施設等でない場合、往療先に患者の居住実態があることを確認し、往療先として適当である理由を申請書摘要欄又は往療料内訳表余白等に記載してください。
- ⑥ 往療料を必要とする理由欄は、あん摩・マッサージの場合は同意書と同一内容を記入し、はりきゅうの場合は往療が必要と判断した理由を選択し、「3. その他」の場合は理由を詳細に記入してください。

### **Ⅲ 療養費支給申請総括表（Ⅰ）・（Ⅱ）**

- ① 総括表（Ⅱ）の「本人」欄に当月の申請全ての件数・費用額・一部負担金・請求金額を記入してください。なお、あん摩・マッサージとはりきゅうの両方を申請する場合、（Ⅱ）は別々に作成してください。
- ② （Ⅱ）に記入した内容を、（Ⅰ）に記入してください。あん摩・マッサージとはりきゅうの両方を申請する場合、（Ⅰ）は別々の行に記入してください。
- ③ 総括表は「受領委任の取扱規定」別添1様式第8号（Ⅰ）および「受領委任の取扱規定」別添1様式第9号（Ⅱ）に準じる様式でも構いません。

### **Ⅳ 同意書又は診断書**

- ① 同意書または診断書は、当該傷病の主治医に、必ず診察を受けた上で交付を受けてください。また、診察日及び同意日が適切に記載されているかご確認ください。
- ② 同意区分欄は、その被保険者に対して初めて同意書を交付する場合や、他の病院で同意をもらっていたが、その病院では初めて同意を行う場合などは「初回の同意」となり、それらの場合を除く2回目以降の同意は「再同意」となります。
- ③ 前同意期間が終了するにあたり、再同意を求める場合は、やむを得ない場合を除き施術報告書を作成・交付し、同意医師への情報提供に努めてください。
- ④ （マッサージ用同意書について）同意医師が施術に同意する部位に、こういった症状が発生しているかがわかる記入があるかを確認した上で、施術を行ってください。なお、疲労回復や慰安目的のマッサージや、症状の無い部位に対する疾病予防目的のマッサージは、保険適用の医療用マッサージとなりません。
- ⑤ 初療月又はその同意書による施術を行う最初の月の療養費支給申請書に、必ず原本を添付してください。

## **V 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**

- ① 同一患者の同一傷病に対し、初療日から1年以上経過した後も引き続き施術を続けていて、月16回以上施術を行った場合（月途中で初療日から1年を経過した場合は、その日から月末までに16回以上施術を行った場合）に、作成・添付が必要となります。
- ② 作成に当たっては、施術を行った人（複数人で行っている場合は中心となって施術をしている人）が作成してください。

## **VI 施術報告書**

- ① 医師名は、同意を行う予定の医師名を記載してください。未定の場合は空欄で構いません。
- ② 施術の内容・頻度、患者の状態・経過欄は、医師の再同意に資することを踏まえ、できる限り詳細かつ当該施術と相違なく記載した上で交付してください。
- ③ 施術所名・住所のほか、医師からの連絡に対応できるよう、電話 FAX 番号・メールアドレスを使用している範囲内で記載してください。

### **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いりません。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、書面での依頼をお願いいたします。指定様式はありませんが、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、連絡先電話番号を記載してください。

#### **（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連絡いたし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. 療養費の支給について**

申請書の審査結果で支給可能と判断された場合、最短で提出月の翌月末日（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支給一覧を送付いたします。

## 5. 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。不正な施術または不正請求が発覚した場合は、「受領委任の取扱規定」に基づき、管轄する厚生局等への情報提供を行うとともに、捜査機関への通報や、療養費の返還請求を行いますのでご承知おきください。

### (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。

群馬県前橋市大渡町一丁目10番7号  
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 FAX : 027-256-1312