

被保険者
家族 療養費支給申請書

1 2 3 4 5
添付書類は別紙「療養費支給申請書」についてご確認ください。また別途添付書類をお願いすることがございます。ご理解とご協力の程お願い致します。
被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
被保険者の印はすべて同一の印で捺印ください。
海外で療養を受けた場合、医師の証明が外国語で作成されている時は、邦訳を添付ください。（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。

被保険者情報	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	自宅住所	〒 ー		電話番号(日中の連絡先) ()
	事業所名			

申請内容	氏名		生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日
	傷病名			
	発病の原因及び経過(詳しく)	・病気 ⇒ (いつ頃から) 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時頃 (どのような症状で) (どうなったか) ・ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	医療機関名		住所	
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療に要した費用の額 円
	療養の給付が受けられなかった理由			
	第三者行為による負傷で	ある・ない	ある時はその届出	届出済・未届 第三者の氏名 ()・不明

同意欄	私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意致します。 被保険者氏名 ⑨
-----	--

委任欄	本請求金額の受領を 住所 会社 ⑨ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑨
-----	--

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

備考欄

同意書

患者	住所			
	氏名			
	生年月日	昭・平・令	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○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	平成・令和	年	月 日	
同意区分	初回の同意	・	再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	令和	年	月 日	
症状 (主訴を含む)				
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。			
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				

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(同意書交付の留意点、別紙参照)

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載ください。

※必ず同意書を記載いただく医師にお渡しください。

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、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 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 同意する疾病については、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いたします。
※ 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いたします。

○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ヶ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いたします。

※ 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を厚生労働省が通知等により定めております。

施術証明書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
		男・女		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
	明・大・昭・平・令 年 月 日		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																														
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																												
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・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			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																												
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	摘 要																											
		通所		円× 回=	円																												
		訪問施術料 1		円× 回=	円																												
		訪問施術料 2		円× 回=	円																												
		訪問施術料 3（3人～9人）		円× 回=	円																												
		訪問施術料 3（10人以上）		円× 回=	円																												
	電療料（加算／ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具）			円× 回=	円																												
特別地域（加算）			円× 回=	円																													
往療料			円× 回=	円																													
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）			円× 回=	円																													
合 計				円																													
施術日	訪問1①	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																	
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		〒		—																												
	免許登録番号	はり師	住所																														
免許登録番号	きゅう師	氏名		電話																													
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																													

(はり・きゅう用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(令和 年 月分)

患 者	氏 名										
	生年月日	昭・平・令 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	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 レーティング 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											印

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

療養費支給申請書について

健康保険においては、被保険者の疾病または負傷に対しては、医療機関を通じて療養の給付(現物給付)をおこなうことが原則となっています。

しかし、①療養の給付(現物給付)が困難な場合や、②やむを得ない理由等で保険診療が受けられないときは、いったん自費で支払った後申請により療養費が支給されます。

やむを得ない理由とは、健康保険組合が認めたものです。

療養の給付(現物給付)と療養費として現金で給付する現金給付の選択をすることはできません。故意に療養の給付(現物給付)を受けなかった場合は給付の対象外となります。

(1) 療養費払いの対象となる事例

① 療養の給付をおこなうことが困難な場合

- a. その地区に保険医がない無医村、また保険医がいても専門外のため治療を受けられず、やむなく非保険医で診療を受けた際の診療費

※その非保険医より近くに保険医がいる場合、患者の希望により非保険医を選択した場合等は、やむを得ないとは認められません。

- b. 柔道整復師、鍼灸・マッサージ師にかかった際の施術料(施術を受けられる傷病・条件が限られます。)

- c. コルセット等の治療用装具を装着した際の装着費用

- d. 輸血用生鮮血を購入した際の費用

- e. 海外において療養を受けた際の診療費(治療目的の渡航の場合は不可)

② やむを得ないと認められる場合

- f. 資格取得直後、被扶養者の認定直後等健保組合への届の申請中で、
ア、医療機関等で健康保険の資格が確認できずに、やむなく自費で診療を受けた場合
イ、石油健保加入前の保険者の(無資格)診療となってしまう、診療費を前の保険者に返還した場合

※仕事中や通勤途中のおケガは労働者災害(労災)となりますので、労働基準監督署へ申請をしてください。

(2) 支給額

保険診療をおこなったとした場合の基準によって計算した額から一部負担金に相当する額を控除した額

(3) 申請手続き

療養費支給請求書に下記の添付書類を添付して、会社の担当者様経由で申請してください。

申請内容	添付書類
自費診療(f-ア)	診療報酬明細書(傷病名・診療内容の明細が記載されたもの) ・・・病院と院外薬局を使用した場合は薬局からそれぞれ、発行してもらってください。 領収書 タイムカード(出勤簿)の写(被保険者がお怪我した場合、負傷日の属する月のもの)
自費診療(f-イ)	診療報酬明細書(傷病名・診療内容の明細が記載されたもの)・・・前加入の保険者 前加入の保険者(健保・国保等)に返還した領収書 からもらってください。
治療用装具作成	治療用装具製作指示装着証明書 領収書(部品の明細がわかるもの。明細の記載がない場合は別途明細書) 靴型装具の場合、当該装具の写真(正面及び側面を撮影したもの) タイムカード(出勤簿)の写(被保険者がお怪我した場合、負傷日の属する月のもの)
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書(小児弱視等の治療用に限る) 検査書(小児弱視等の治療用に限る) 領収書 ※眼鏡等作成指示書に弱視等の傷病名の記載のあるもの
鍼灸 あんま マッサージ	医師の同意書 施術証明書 領収書 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (施術を1年以上且つ月16日以上受けた場合)
海外療養費	診療内容明細書・領収明細書(海外用、様式A・B・C) (必ず別紙で邦訳を添付いただき、翻訳者の住所・氏名を記入してください) 現地で支払った領収書及び病院から発行されている明細書 渡航期間がわかるパスポートの写

※書類はすべて原本を添付してください。(タイムカード(出勤簿)・パスポートを除く)

※なお、添付書類については、主に必要なものを掲載しています。療養費の適正な支給決定にあたり別途添付書類をお願いすることがございます。何卒ご理解とご協力の程をお願い致します。

※海外療養費の診療内容明細書・領収明細書の書式が必要な方は石油健保・給付課までご連絡ください。
なお、日本で診療した場合の金額に換算して給付がされます。したがって、本人が高額な医療費を支払った場合でも、給付金の額が著しく低い場合がありますのでご承知おきください。

※負傷された原因が、交通事故など第三者が要因の場合は別途「第三者行為による傷病届」が必要となりますので、すぐに石油健保までご連絡ください。

ご不明な点は石油製品販売健康保険組合・給付課(Tel.03-3265-3306)までご連絡ください。

(受付時間: 平日9時~17時)