

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申請（請求）について

愛媛県国民健康保険団体連合会
令和6年10月（令和6年10月更新）

1. 概 要

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国民健康保険及び後期高齢者医療の療養費（以下「あはき療養費」という）のうち受領委任の取扱いによる支給申請（請求）は、国民健康保険団体連合会あてに行う。

2. 請求方法

愛媛県内の保険者（別表「保険者一覧」（P8））の給付に係る請求は次のとおりです。

（1）請求先

愛媛県国民健康保険団体連合会
〒791-8550 愛媛県松山市高岡町 101 番地 1
担当部署：業務管理課 **あはき療養費担当**
電話番号：089-968-8846

- 「保険者一覧」の被保険者に係る請求のみ愛媛県国保連合会で受付けます。
- 公費負担医療助成分にかかる一部負担金相当額は、各保険者にご請求ください。

（2）請求受付期間

毎月1日～10日（8：45～17：00）（10日以外の土日祝日を除く）

- 郵送等の場合は 10日消印有効、ただし料金後納郵便の場合は10日必着
- 期間外の受付分は、翌月の請求扱いとします。
- 「保険者各位」とする書類の枚数が、提出する保険者数ない場合、提出件数が 最多の保険者に添付します（当連合会ではコピーはいたしません）。

（3）申請（提出）書類

帳 票 名	提 出	様式 番号	記入 例頁
ア 療養費支給申請総括表（Ⅰ）	○	第8号	P3
イ 療養費支給申請総括表（Ⅱ）	○	第9号	P3
ウ 療養費支給申請書（以下、「支給申請書」という）	○	第6号 第6号の2	P4
エ 同意書または診断書	△		P6
オ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書	△	—	—
カ 施術報告書	△	—	—
キ 頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書	△	第11号 第11号の2	—

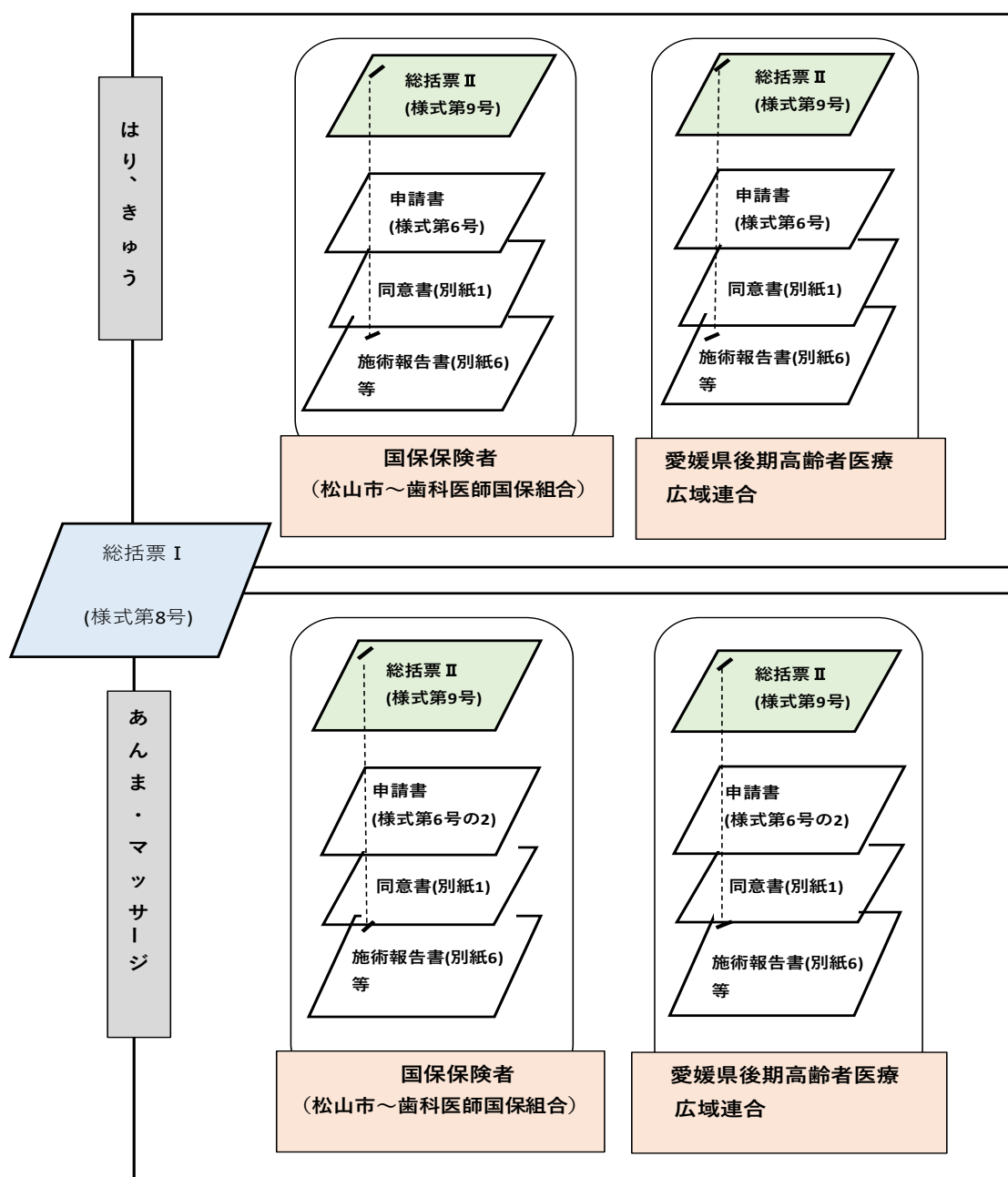
[提出] ○…必ず提出する △…必要に応じて提出する

(4) 請求書類の編綴方法

(3) 提出書類(ア～キ)は、次のように編綴して愛媛県国保連合会あてに提出します。

- i 支給申請書一式(ウ～キ)を種別「はり、きゅう」「あんま・マッサージ」に分ける
- ii 種別ごとに分けた支給申請書一式を保険者(P8)ごとに分け、その上に「総括表Ⅱ」(イ)を添付する(総括表Ⅱは、はりきゅう・マッサージを分け1保険者1枚)
- iii 保険者ごとに分けた支給申請書一式の上に「総括表Ⅰ」(ア)を添付する

【編綴イメージ】



3. 様式（記入例）

ア. 療養費支給申請総括表（Ⅰ）〈様式第8号〉

別添1（様式第8号）

令和 3 年 8 月分

療養費支給申請総括票（Ⅰ）

〈請求者〉登録記号番号 12345678-1-1
 施術管理者 国保松山施術所
 施術所名 国保太郎

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
松山市 はり、きゅう	15	555,000	10	222,000	25	777,000
松山市 マッサージ	20	444,000	15	333,000	35	777,000
今治市 はり、きゅう	1	22,000			1	22,000
愛媛県後期高齢者 マッサージ	10	333,000	5	777,000	15	1,110,000
愛媛県後期高齢者 はり、きゅう			10	222,000	10	222,000
合 計	46	1,354,000	40	1,554,000	86	2,908,000

（通言欄）

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

※提出先が一保険者でも提出

国保連合会に提出する年月を記入する

登録記号番号

施術管理者

施術所名

を記入する

費用額は「申請総括表（Ⅱ）」の費用額欄の金額を記入する

保険者ごと、かつ、種別ごと計上する

国保連合会、あはき委員会、保険者から返戻のあった「支給申請書」を訂正して再提出する場合は、「療養費支給総括表」の（Ⅰ）（Ⅱ）とも新規申請分と合わせて計上する。

イ. 療養費支給申請総括表（Ⅱ）〈様式第9号〉

別添1（様式第9号）

令和 3 年 8 月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名： 松山市 殿

〈請求者〉登録記号番号 12345678-1-1
 施術管理者 国保松山施術所
 施術所名 国保太郎

はり、きゅう療養費について、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	15	555,000	188,500	366,500
請求 家族	10	222,000	155,400	66,600
※決定 本人				
※決定 家族				
※繰戻 本人				
※繰戻 家族				
※誤算 本人				
※誤算 家族				
※増減 本人				
※増減 家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

国保連合会に提出する年月を記入する

保険者名を記入する

登録記号番号

施術管理者

施術所名

を記入する

療養費支給申請書の合計件数、各金額の合計額を計上する。

費用額は各申請書の「施術内容欄」の「合計」を合算したもの

種別

（はり、きゅう）（あんまマッサージ）

のいずれかを記入する

ウ. 療養費支給申請書〈様式第6号〉〈様式第6号の2〉※令和6年10月診療分から
記入に関する留意事項はP5を参照 はりきゅう省略

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号の2)				
機関コード																													
公費負担者番号															特記事項					①					給付割合				
公費受給者番号																				1 社団 3 後高 2 本外 8 高外一					8 9 10 ②				
区市町村番号																				2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7									
受給者番号															保険者番号					③									
○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									
療養を受けた者の氏名															続柄					○業務上・外、第三者行為の有無									
明・大・昭・平・令 年 月 日生															男・女					(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())									
○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																				④									
初療年月日															⑤					施術期間					実日数				
() 年 月 日															自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日					日					請求区分				
傷病名及び症状															⑥					新規・継続					⑦				
マッサージ (施術料)															同意部位					(軀幹)					(右上肢)				
通所															施術回数					回					回				
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				
温電法 (加算)															円 ×					回 =					円				
温電法・電機光線器具 (加算)															円 ×					回 =					円				
変形徒手矯正術 (加算)															同意部位					(右上肢)					(左上肢)				
※温電法との併施は不可															施術回数					回					回				
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					⑧				
一部負担金 (1割・2割・3割)																				円					⑨				
請求額																				円					⑩				
施術日 訪問1 ⑪															1					2					3				
通所 ⑫															4					5					6				
往療 ⑬															7					8					9				
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便する外出困難 2. 認知症や痴呆、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																													
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。															令和 年 月 日					施術所					所在地				
登録記号番号															⑪					名称					⑬				
住所															⑫					氏名					電話				
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。															令和 年 月 日					申請者					住所				
⑫															氏名					電話					⑬				
支払区分															1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払					預金の種類					金融機関名				
1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段															銀行 金庫 農協					本店 支店 出張所									
口座名義 カタカナで記入															口座番号					郵便局									
同意医師の氏名															住 所					同意年月日					傷 病 名				
⑭															令和 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。															令和 年 月 日					申請者					住所				
住所															⑬					代理人					住所				
(被保険者) 氏名															⑮					氏名									

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (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。
※ 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) 場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

○ 次の事項については、特に注意を要するため留意ください。

番号	項目	説明
①	保険種別 左・中欄 右欄	国保は「1 社国」 後期高齢医療は「3 後高」 国保本人は「2 本外」 未就学児は「4 六外」 国保家族は「5 家外」 高齢受給・後期高齢一般・低所得者（一部負担金 1 割・2 割）は 「8 高外一」 高齢受給者・後期高齢者医療 7 割（一部負担金 3 割）は「0 高外 7」
②	給付割合	②で「3 後高/8 高外一」は「9」もしくは「8」、 「3 後高/0 高外 7」は「7」
③	保険者番号	被保険者証に記載の保険者番号を記入（(P8) を参照のこと）
④	施術した場所	⑬の住所と違う住所に訪問又は往療をした場合に記入（施設の場合は施設名も記入） ⑬の住所と同じ場合は空白（記入しない）
⑤	施術期間 開始日 最終日	・同意書が交付されて初めて行われる施術日がある場合、その日 ・施術が継続している場合、1 日（当月の最初の日） ・転帰欄が「継続」の場合、当月の末日 ・それ以外は当月の最終の施術日
⑥	傷病名	同意書（診断書）に記載の傷病名・症状を過不足なく記入。（「はり、きゅう」の場合は原則として○で囲む） （同意書に記載以外の傷病がある場合は、右上の「○傷病名」欄に記入）
⑦	請求区分、転帰	請求区分は、「初療」の場合「新規」、「治療継続」の場合「継続」 転帰は、施術所において次月以降も施術を継続する見込みの場合「継続」、 治癒の場合「治癒」、患者に対する施術を中止した場合「中止」、保険医療 機関に引き継いだ場合「転医」を○で囲む。
⑧	施術料等	施術料等の単価、回数とその合計額を記入。 なお、金額を誤って記載した場合は、これを訂正することはできないため、申請書の再作成が必要である。ただし「一部負担金」欄の訂正をのぞく（訂正をすることができる）。
⑨	往療料	往療料を算定した場合、摘要欄に「往療を必要とした理由」「連携した医師の氏名および保険医療機関名」を記入する。
⑩	施術報告書交付料	当該施術月の初回の施術日前の交付（報告）は算定不可。
⑪	登録記号番号	登録の番号（10 桁（8 桁-1 桁-1 桁））を記入。
⑫	申請あて先	被保険者証の保険者名（(P8) を参照のこと）を記入。 なお、保険者の代表者名（市町長名等）は省略して差し支えない。
⑬	被保険者住所	原則として被保険者証に記載の住所（県名のみ省略可）を記入。 なお、これと異なる住所を記載する場合は摘要欄に理由を記入する。
⑭	同意医師の氏名	同意書に記名の医師名を記入。
⑮	申請者（被保険者）	被保険者（国民健康保険においては世帯主）が署名（自筆）もしくは押印。 ワープロもしくはゴム印で記入の場合は、被保険者の印を押す。 ただし、やむを得ず被保険者が署名又は押印できない場合は、被保険者から許可を受けた者や、施術者が被保険者名を代理で署名又は押印したうえ被保険者の押印が必要である。この場合、「摘要」欄に代筆である旨と、代筆者の氏名、被保険者と代筆者の関係（「施術者」や「患者の兄」、「法定代理人」など）を記入。

エ. 同意書

別添2(別紙1)

同意書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患者

住所

氏名

生年月日

明・大・昭・平・令

年

月

日

疾病名

発病年月日

昭・平・令

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

筋麻痺

筋委縮

関節拘縮

その他

筋麻痺又は筋委縮のある部位について、○をつけて下さい

関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい

筋麻痺、筋委縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい

施術の種類

マッサージ(躯幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)

施術部位

変形徒手矯正術(右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)

訪問又は往療

1. 必要とする

2. 必要としない

訪問又は往療を必要とする理由

介護保険の要介護度

1. 独歩等による公共機関を使つての外出が困難

2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難

3. その他

注意事項等

施術に当たつて注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

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書を交付する必要があります。(裏面参照)

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添1(別紙1)

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

松山市青山町2丁目2

一郎

昭・平・令

25年

2月

1日

○をつけて下さい。

する疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。

7月1日

同意(○をつけて下さい)

7月1日

があれば記載して下さい(任意)

疾病により鍼灸の施術に同意する。

リニック

3丁目3

同意する必要があります。(裏面参照)

載して下さい。

○ 次の事項については、特に注意を要するため留意ください。

番号	項目	説明
①	住所	原則として、被保険者証に記載の住所(県名のみ省略可)を記入。
②	同意区分	患者が過去に他の保険医療機関で同意を受けている場合であっても、同意書を交付する保険医療機関で同意する疾病の初回の同意となる場合には「初回の同意」に○をつける。 また、過去に同意書を発行した保険医療機関で、同意書の疾病が治癒した後、新たな疾病または再発した疾病について同意書を発行する場合は「初回の同意」に○をつける。
③	診察日	患者を診察した日を記入。
④	訪問又は往療	訪問又は往療を必要とするか否か、また、必要とする場合はその理由を記入。
⑤	保険医氏名	原則として、診察した保険医名を記入。なお、押印は省略して差し支えない。

○各様式は厚生労働省のホームページ(P8を参照)から取得してください。

- 6 -

4. 療養費支給申請書の審査及び返戻

療養費支給申請書は「愛媛県国保連合会はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧療養費審査委員会」で審査を行い、内容の不備等を確認した場合は、請求月の翌月初旬に申請書を返戻（返送）しますので、再申請（提出）を行う場合は次に留意してください。

（１） 返戻事由・事項の対応

返戻理由は申請書に添付の「はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧療養費支給申請書審査結果返戻・連絡票」（以下、「返戻・連絡票」という）に記載しています。

① 「返戻・連絡票」の「事項・事由」に対して適正に対応してください。

審査委員会から申請内容の照会があった場合は、その「通信欄」または、申請書の「摘要」欄への記載、若しくは別紙等を用いて回答してください。

② 申請書の「療養を受けたものの氏名」、「申請者名」、金額の「合計」と「請求額」、「支払機関欄」の各欄は、原則として訂正して再申請することは認められません。再申請の場合は、あらたに「療養費支給申請書」を作成したうえで提出する必要があります。

③ 「返戻・連絡票」は「療養費支給申請書」に添付したまま再提出してください。再申請のため「療養費支給申請書」を再作成した場合も同様です。

（２） 療養費支給申請総括表の集計

新規申請（一般的には「前月施術分」の申請）と合わせて再申請（提出）する場合は、件数、金額ともこれらと合算して「療養費支給申請総括表（Ⅰ），（Ⅱ）」に計上してください。

なお、同月の新規施術分の支給申請がなく、返戻のあった申請書のみを再提出する場合であっても「療養費支給申請総括表（Ⅰ），（Ⅱ）」の添付は必要です。

（３） 保険者からの返戻の場合の再請求

保険者から返戻（返送）のあった申請書の再申請（提出）は、保険者が特に指定する場合を除いて「愛媛県国保連合会」に行ってください。

5. 費用の支払い

あはき療養費は、審査委員会において申請書を審査したのち、保険者における内容点検を経て保険者から支払いが行われます。

費用の支払いに関するお問合せは、各保険者あてに行ってください。

6. 参 考

(1) 保険者一覧

(別表)

	国民健康保険 〔市町国保及び 国 保 組 合〕	後期高齢者医療 〔愛媛県後期高齢者 医 療 広 域 連 合〕
松山市	00380014	39382015
今治市	00380022	39382023
宇和島市	00380030	39382031
八幡浜市	00380048	39382049
新居浜市	00380055	39382056
西条市	00380063	39382064
大洲市	00380071	39382072
伊予市	00380105	39382106
四国中央市	00380139	39382130
西予市	00380147	39382148
東温市	00380154	39382155
上島町	00380659	39383567
久万高原町	00380741	39383864
松前町	00380790	39384011
砥部町	00380808	39384029
内子町	00380857	39384227
伊方町	00380907	39384425
鬼北町	00381004	39384888
松野町	00381012	39384847
愛南町	00381061	39385067
愛媛県歯科医師国保組合	00383026	—

○ 上記以外の保険者番号に係る保険給付は愛媛県国保連合会あてには請求できません。

(2) あはき療養費の改定等に関すること

あはき療養費の改定に関すること、各様式の取得については、厚生労働省のホームページを参照ください。

(厚生労働省ホームページ)

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 >
療養費について > 療養費の改定等について の下部

○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改定等について
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/01.html>)

※愛媛県国保連合会あて療養費支給申請書(様式)は、「受領委任用」を用いること