

必要書類一覧兼チェックリスト

療養費・家族療養費請求書（立替払い）用

組合員番号

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

組合員氏名

すべてのチェック欄に をして、本紙を含めて郵送してください。

No.	提出書類名	チェック欄	確認事項	共済様式
1	療養費・家族療養費請求書	<input type="checkbox"/>	(1) 請求書下部の請求者欄には組合員氏名が記入されている。 (2) 【複数の医療機関や複数月におよぶ受診をした場合】 医療機関ごと、月ごとに「療養費・家族療養費請求書」を記入している。	○
2	医療機関発行の領収証(原本) ※ 前加入健保組合等へ医療費を返還した方は、医療機関の領収証ではなく、前加入健保組合等発行の領収証または払込時の受領証	<input type="checkbox"/>	(1) 医療機関発行の領収証に以下の事項が記載されている。 ① 患者の氏名 ② 領収年月日 (2) 療養の費用を支払った日の翌日から2年以内の請求である。 ※ 医療費返還の場合は、治療を受けた日の翌日から2年	-
3	診療報酬明細書（レセプト）※1 または 診療報酬領収済明細書※2	<input type="checkbox"/>	医療機関の窓口で支払いをした際に発行される <u>診療内容明細書</u> や <u>調剤内容明細書</u> ではない。※3	○

※1 前加入健保組合等へ医療費を返還した場合は、前加入健保組合等からレセプトが交付されます。

※1、2 発行手数料がかかる場合があります。

※2 医療機関にてレセプトが発行できない場合は、当組合の様式「診療報酬領収済明細書」に当該医療機関に証明を依頼してください。

「診療報酬領収済明細書」を提出される場合は、領収証の提出は不要です。

※3 レセプトは原則「開封厳禁」と記載された封筒に入っています。

【対象の方のみ記入】

チェック欄に をしてください。

以前加入していた健保組合等に医療費を返還した方

No.	提出書類名	チェック欄	確認事項	共済様式
1	前加入健保組合等からの返還請求通知（写し）	<input type="checkbox"/>	以前加入していた健保組合等から医療費の返還請求を受けて支払った場合「返還請求通知」を添付している。	-

医師の同意があり、はり・きゅう、あんま・マッサージ等の施術を受けた方

No.	提出書類名	チェック欄	確認事項	共済様式
1	医師の同意書※	<input type="checkbox"/>	医師の同意書を添付している。	○

※ 医療機関に所定の様式がない場合、当組合の様式「はり・きゅう施術同意書」又は「あんま・マッサージ施術同意書」に当該医療機関に証明を依頼してください。

療養費・家族療養費請求書(立替払い用)

組合員番号(=社員番号8桁)				組合員(社員)氏名				組合員生年月日			
(フリガナ)				(フリガナ)				(和暦)			
所属事業所名、部署				日中の連絡先電話番号 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号				年 月 日			
職場				自宅・携帯							
以下の質問にお答えください											
1.業務が原因・通勤途上の負傷ですか はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に所轄の労働基準監督署へお問い合わせください											
2.第三者行為によるものですか はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に第三者加害担当へお問い合わせください											
療養を受けた者の氏名						続柄		療養を受けた者の生年月日			
(フリガナ)								(和暦)			
年 月 日								年 月 日			
発病または負傷原因											
傷病名											
診療を受けた期間				(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日							
医療区分(該当に☑)				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 指定訪問看護				日数		日	
診療を受けた医療機関等				名称				所在地			
マイナ保険証等を使用しなかった理由(該当に☑)				<input type="checkbox"/> 医療機関受診日時点でマイナ保険証受診可能前又は資格確認書が未発行だったため <input type="checkbox"/> 医療機関受診時にマイナ保険証等が不携帯だったため <input type="checkbox"/> 医療機関受診日時点で当組合の資格を有していたが、以前加入していた健保組合等の保険証またはマイナ保険証等を使用したため <input type="checkbox"/> その他()							
お住まいの自治体への医療費助成の申請状況(該当に☑)				1 本件請求に係る傷病において、お住まいの自治体から療養に要した自己負担分の払戻しを受けている(又は、当共済組合から療養費の給付を受けた後、払戻しを受ける)。 <input type="checkbox"/> はい(次の「2」の質問に回答願います。) <input type="checkbox"/> いいえ 2 払戻しを受けた(又は受ける予定の)自治体名及び助成制度をご記入願います。 自治体名(都道府県 市区町村) <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> その他()							

A 療養に要した金額 (領収証に記載されている金額)				B 支払割合		C 請求金額(A×B)			
円				割		円			



年齢等	記入する割合
未就学児	8割(0.8)
70歳未満	7割(0.7)
70歳以上(高齢受給者)	8割(0.8)

送金先	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座へ送金
-----	--------	--------	-----------------------------

上記のとおり請求します。

請求年月日 (和暦) 年 月 日 請求者(組合員) 氏名 _____

※ 複数の医療機関や複数月におよぶ受診をした場合、医療機関ごと、月ごとに「療養費・家族療養費請求書」を記入してください。
 ※ 決定通知書等は共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所へ郵送いたします。

共済組合 処理欄	受付	審査	登録	決定額
-------------	----	----	----	-----

医師が証明する欄

診療報酬領収済明細書
【 医 科 入 院 外 】

Table with columns for patient name, sex, birth date, injury name, treatment period, and various medical services (初診, 再診, 在宅, 投薬, 注射, 処置, 手麻酔, 検査, 画像断, その他) with checkboxes and counts.

合計 減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)

上記のとおり領収(診療)いたしました。

(和暦) 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名



医師が証明する欄

診療報酬領収済明細書
【 医 科 入 院 】

Table with columns for patient name, sex, birth date, injury name, treatment period, and detailed medical services (initial visit, pharmacy, injections, etc.) and hospital charges (basic, special, etc.).

上記のとおり領収(診療)いたしました。
医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名

医師が証明する欄

診療報酬領収済明細書
【歯科】

Form with multiple sections: Patient info (患者氏名, 性別, 生年月日), Medical history (傷病名部位, 診療期間), Treatment details (初診, 再診, 指導, 投薬・注射), Procedures (X線・検査, 処置・手術, 麻酔), Restorations (補綴, 歯冠修復及び欠損補綴), and Summary (摘要). Includes a date field for the receipt and a stamp area.

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、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 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 ア及びイの疾病については、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の再同意に当たり、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。）が行うとされていますが、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等を厚生労働省が通知等により定めております。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 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、あん摩マッサージ指圧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費担当規則第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が条件とはなりません。
- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧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

- 7 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術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。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧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。
- 9 上記7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等を厚生労働省が通知等により定めております。