

## 療養費支給（鍼灸）の申請手続きについて

### 1. 支給条件

主として神経痛・リウマチ・頸腕症候群・五十肩・腰痛症・頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛のある疾病に対し、医師による適正な治療がなく、治療上の効果があると医師が認めた場合に限りです。

慢性病（傷病名は指定あり）であり、医学的な見地からはり師・きゅう師の施術を受けることを主治医が認めた場合に限りです。

※同一疾病について医療機関で治療を受けている場合には適用不可。

### 2. 提出書類

	提出書類	注意事項
必須書類	1 療養費支給申請書（鍼灸用）	健保所定フォーマット ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	2 領収証の原本	
	3 医師の施術同意書	医療機関で発行 ※医師の同意期限内（6ヶ月）で2ヶ月以上施術が継続する場合、同意書は1回目の申請は原本、2回目以降はコピーを添付してください ※2018年10月療養費支給基準改定により、有効期間が3ヶ月⇒6ヶ月（口頭での同意不可）へ変更。 6ヶ月を超える場合は、改めて医師の施術同意書の交付（施術継続の再同意）を受ける必要があります。 【医師の同意書の有効期限】 医師の同意を受けた日が月の1日～15日の場合：5ヶ月後の末日まで有効 医師の同意を受けた日が月の16日～末日の場合：6ヶ月後の末日まで有効
該当の場合	4 施術報告書	施術継続の再同意のため1.の施術内容欄の「施術報告書交付料」が算定されていた場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	5 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書	初療1年以上経過しているかつ1月間の施術を受けた回数が月16回以上の場合に必要です 〔施術所所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	6 往療状況確認書	往療がある場合に必要です 〔健保所定フォーマット〕 ※施術所で該当箇所を記入してもらってください
	7 振込先の通帳のコピー	退職後に申請する場合はご提出ください（任継・特退に加入者は提出不要）

### 3. 支給額

被保険者（本人） 7割（70歳以上の方は7割または8割）相当額

被扶養者（家族） 7割（義務教育未就学児童は8割、70歳以上の方は7割または8割）相当額

### 4. 支給日

施術月から4ヶ月以降の末日（休祝日の場合は前日）となります。

※各医療機関からの請求内容（レセプト）を受領するまで、3ヶ月程度かかります。

請求内容（レセプト）と突合後、医療機関等への照会等により、療養費のお支払いは、施術月から4ヶ月以降となります。

※会社によっては支給日が異なる場合があるため、各社人事勤労担当部門へご確認ください。

### 5. 書類提出先

#### (1) 富士通㈱

社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方

人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛

社内メール) 新川崎三井ビル W棟 25F

住 所) 〒212-0058

神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2

新川崎三井ビルディング W棟 25F

#### (2) 上記以外の会社にお勤めの方

各社人事勤労担当部門 宛

6. 時 効 療養に要した費用を支払った日の翌日から2年間  
(申請期限)

7. 連絡事項 暦月ごとに申請してください。

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

# 療養費支給申請書

## 鍼灸用

(被保険者・家族)

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名							
	受療者氏名	生年月日		昭・平・令	年	月	日	年齢	歳	続柄	※施術日時点
	傷病名	発病・負傷年月日			平・令	年	月	日			
	発病・負傷原因	いつ…どこで… どのようにして…									
	発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか			はい・いいえ		交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか			はい・いいえ		
	施術期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日	日間	
	施術に要した費用	円									
	上記のとおり申請いたします。ただし、給付金の受領は事業主に委任します。										
	富士通健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。										
	住所 令和 年 月 日 被保険者 氏名										
事業所名	所属			電話							

施術内容欄 (はり師・きゅう師)記入欄	初療年月日	平・令	年	月	日	施術期間	自	令和	年	月	日	～至)	令和	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続													
	傷病名	1.神経痛(部位: ) 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( )																転帰	帰														
	初検料	1.はり		2.きゅう		3.はりきゅう併用		円													摘要	摘	要										
	施術料	はり	円× 回= 円																														
		きゅう	円× 回= 円																														
		はり・きゅう併用	円× 回= 円																														
		電療料	円× 回= 円																														
	往療料		4kmまで				円× 回= 円																										
	往療料		4km超				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	通院○往療◎	月	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
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																住所																
	免許登録番号 _____ はり師 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																										

健保記入欄	施術年月	年	月	本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高8			
	日数	日	支給額合計		円			

【事業所記入欄】	
担当者名	備考欄

# 領収書のり付け欄

この用紙に領収書を貼ってご提出ください。

## 《ご注意》

- ・領収書は原則返却できません。
- ・但し、自治体の助成を受ける等のやむをえない理由で、領収書原本の返却が必要な場合は、「返却希望」と記入したメモを付箋等で付けてください。支払日以降にご返却させていただきます。

富士通太郎 様

領 収 書

20,000 円

返却希望

川崎市の助成を受けるため

○×病院

## 《自治体の助成を受ける方へ》

- ・助成の申請には、通常「領収書の原本」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。
  - ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に申請が必要です。「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。
- ※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認ください。
- (ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき)