

健康保険で、はり・きゅうにかかるとき

慢性的な疼痛のある6つの疾患に対し、医師による適当な治療手段がなく、医師がはり・きゅうの施術が治療上の効果があると認めた（同意した）場合に健康保険が使えます。
対象となる疾患と医師の同意の両方の要件を満たす必要があります。

（1）対象となる疾患



（2）医師がはり・きゅうの施術に同意している

医師による適当な治療手段がなく（医療機関において治療を行い、その結果、治療の効果が現れなかった場合等）、はり・きゅうの施術を受けることを認める医師の同意がある場合です。

医師の同意書の有効期間は6か月です。施術が長期にわたる場合は6か月ごとに医師の再同意が必要です。

（3）往療料について

往療料（往診料）は、歩行困難など、真に安静を必要とするやむを得ない理由などにより、通所して治療を受けることが困難な場合において、患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に支給されるものです。

添付書類

1. 治療（施術）費の領収書（原本）：「全額自己負担額の記載」「患者氏名」「施術年月日」「領収印」の記載があるもの。
2. 医師の同意書（原本）：初回受診時および長期療養の場合は更新月（6カ月更新）
3. 施術報告書（写）：施術報告書交付料の請求がある時は、施術者からコピーをうけとり添付。
4. 往療状況確認書（原本）：往療料の請求がある時は、施術者が記入した確認書を添付。
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（はり・きゅう用）（原本）：初診の日から1年以上経過し、かつ1月間の施術を受けた回数が16回以上に該当する方は、施術者の必要事項を記入をうけ添付。

注意事項

1. 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から支給されません。
2. 退職後の保険加入の方は、保険料の振替口座への入金となります。
3. 当健保において、審査のうえ支給決定を行います。医療機関との併用確認等のため、支給の決定は施術月より3カ月以上かかります。
4. 治療内容等について受診者・医療機関に照会を行う場合があります。
5. 保険医の同意がある施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と当健保が判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。
6. 提出された書類はいかなる場合でも返却できません。必要と思われる場合は、あらかじめ提出前にコピーを取ってください。

申請書（次ページ）は、漏れなく正確にご記入ください

注：申請書が A4 1枚に収まるように、余白を調整してください。

(秘密)



健 保 記 入 欄	療養費金額	円	支給金額 円
	自己負担額	円	
	健保負担額	円	

担当	事務長	常務理事

被保険者
被扶養者療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の記号・番号		発病又は負傷年月日		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
	記号	番号	年 月 日			
	被保険者氏名		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施術を受けた者の氏名		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無 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）	

は り ・ き ょ う 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分																							
		昭・平・令 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		摘 要																									
		施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																									
			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. 独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独歩による外出困難 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																										
	令和 年 月 日		施術所		所在地																										
	登録記号番号		名 称		氏 名																										
		施術管理者		(印) 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																										