

給付要否意見書 (柔道整復)

※ 福祉 事務所 記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日		
	※ (年 月 日以降の) (氏名) (歳) に係る 施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 印				
要 否 意 見 (柔道 整復 師記 載欄)	傷病名 (部位)	初 検 年 月 日	転帰 (継続の場合)	傷病の程度及び給付を必要とする理由	
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	療養 (治癒) 見込期間	概算見積額 (初検時又は4か月目以降)			
	か月又は 日間	1月目 円	2月目 円	3月目 円	
	(患者氏名) _____ について、上記のとおり給付を (1 要する 2 要しない) と 認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関の所在地及び名称 院 (所) 長				
医 師 同 意	(注) 脱臼又は骨折 (応急手当を除く) の場合のみ同意が必要				
※ 嘱託 医意見	印				

※指定施術者名

※発行取扱者

印

(記載注意)

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

給付要否意見書 (あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日				
	※ (年 月 日以降の) (氏名) (歳) に係る 施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要 否 意 見 (施 術 者 記 載 欄)	傷病名 (部位)	初検年月日	転帰 (継続の場合)	傷病の程度及び給付を必要とする理由			
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続				
見 (施 術 者 記 載 欄)	療養 (治癒) 見込期間		概算見積額 (初検時又は 7 か月目以降)				
	か月又は 日間	1月目	円	2月目	円	3月目	円
		4月目	円	5月目	円	6月目	円
	往療が必要な場合その理由						
(患者氏名) _____ について、上記のとおり給付を (1 要する 2 要しない) と 認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関 (施術者) の所在地及び名称							
医 師 同 意	同意年月日	年 月 日					
	指定医療機関名						
	所在地						
	医師氏名						
	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ください) (任意)					
※嘱託医意見	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>「医師同意欄」は必ず医師が記載 (平成 30 年 10 月～施術者による代筆は廃止)</p> </div> <p style="text-align: right;">印</p>						

※指定施術者名

※発行取扱者

印

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

(表 面)
あん摩・マッサージ

(年 月分)

(地区担当員印)

(取扱担当者印)

生活 保護 法 施 術 券	交付番号	この券の有効期間	日から 日まで		1 単 給 2 併 給	※福 祉 事 務 所 長 印	
	患者氏名 (歳) 男 女		居住地				
	指定施術者名		傷病名 (部位)				
施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰	治癒・中止	
	①マッサージ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要	
		右上肢	円×	回=	円		
		左上肢	円×	回=	円		
	右下肢	円×	回=	円			
	左下肢	円×	回=	円			
	②温電法 (加算)	円×	回=	円			
	③温電法・電気光線器具 (加 算)	円×	回=	円			
	④変形徒手矯正術	右上肢	円×	回=	円		
		左上肢	円×	回=	円		
⑤往 療 料 4 km まで 4 km 超	円×	回=	円				
	円×	回=	円				
⑥施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円				
施術日 通院○ 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					往療◎	
⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥)					請 求 円	※決定 円	
※ ⑧ 社 保 負 担 (健・共)			有・無	割	円	円	
※ ⑨ 本 人 支 払 額					円	円	
⑩ 差引請求 (支払) 金額 (⑦-⑧-⑨)					円	円	
請 求 書	(患者氏名) にかかると上記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 住所 福祉事務所長 殿 指定施術者 氏 名						

(あん摩)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術費給付請求書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に相当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意) ※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出て下さい。
- 6 施術券は他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

柔道整復)

■指定施術者への知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)意外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「適用」欄にその傷病(部位)名を記入してください。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「適用」欄に次の事項を記載してください。
 - (1) 歩行困難等真にやむを得ない理由
 - (2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
 - (3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
 - (4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初検年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備(記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることができる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合は保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終了するとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(表 面)
 施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

(年 月分) (地区担当員印) (取扱担当者印) (福祉事務所長印)

生活 保護 法 施 術 券	交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月	1. 単 給 2. 併 給
	患者氏名	(歳) 男 女	居住地	
	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 ()		はり・きゅう師氏名	

施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	○初回施術 年月日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治癒・中止
	① 初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					円		摘 要
	② 施 術 料					円 × 回 = 円		
	はり					円 × 回 = 円		
	きゅう					円 × 回 = 円		
	はり、きゅう併用					円 × 回 = 円		
	電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					円 × 回 = 円		
	③ 往 療 料	4 km まで 4 km 超				円 × 回 = 円 円 × 回 = 円		
	④ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)					円 × 回 = 円		
	施術日 通院○ 月 往療◎	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						
⑤ 合 計 金 額 (①+②+③+④)					請 求	円	※ 決 定	円
※ ⑥ 社 保 負 担 (健・共) 有 ・ 無 割						円		円
※ ⑦ 本 人 支 払 額				円		円		円
⑧ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥-⑦)						円		円

請求書	(患者氏名) _____ にかかる上記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 住所 福祉事務所長 殿 はり・きゅう師 氏 名
委任状	上記の金額の受領を _____ 師会 (理事) 長 (氏名) _____ に委任します。 令和 年 月 日 (はり・きゅう師名) 氏 名

(裏 面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意してください。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

様式第19号

※受理年月日	年 月 日	初 検 料 請 求 書				
※発行年月日	年 月 日					
福祉事務所長 殿		令和 年 月 日				
下記のとおり請求します。		指定施術者			住 所	
					氏 名	
この券による 初検年月日	年 月 日	※ 受診者氏名	(歳)			
請 求 額	初 検 料	円	(初検等の部位)			
	〃	円				
	〃	円				
合 計	円	※ 社会保険等 負 担 額	円	差 引 額		

(注 意)

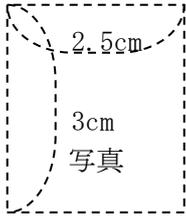
- 給付要否意見書（柔道整復）又は給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）を提示した患者で、（1 新規）のものは、新規に生活保護法による保護の申請をしている世帯の者ですから、初検料は患者から徴収して下さい。

（2 継続）のものは、現在、生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから、初検料を患者から徴収しないで下さい。

なお、患者に後日施術券が交付された場合は、その施術券（施術報酬請求明細書）で請求して下さい。

また、この場合、初検料等の徴収額がその施術券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
- 患者が初検だけをうけた場合は、施術券は発行されませんので、この請求書によって直接福祉事務所に請求して下さい。ただし、新規申請の場合には、保護の決定を受けたものに限りです。
- ※印の欄は福祉事務所で記入します。

(表面)

本人確認証		No _____
氏名		
生年月日		
性別		
住所		
<p>上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。</p>		
発行日	年 月 日	
		実施機関の長 印
<p>この確認証の有効期間は、年 月 日から 年 月 日までとする。</p>		

(裏面)

(注意)	
(1)	この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。
(2)	この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。
(3)	この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。 <ul style="list-style-type: none"> ①御本人が支援給付を受けなくなったとき。 ②確認証の記載事項に変更があったとき。 ③確認証の有効期間が満了したとき。 ④確認証が使用に耐えなくなったとき。 ⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。
(4)	医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示して下さい。

(備考)

1. 再発行の場合は、再発行と表示する。
2. フィルムで完全密封する。

※「はり師、きゆう師及びあん摩・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
厚生労働省保険局医療課長通知)より

別添1・2(別紙6)

施術報告書

医師 様

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名