

平成31年2月27日

はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ指圧師の皆様へ

神奈川県国民健康保険団体連合会

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  
受領委任制度移行に伴う取扱いについて

本会の審査支払業務につきましては、平素よりご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、平成30年11月5日付神奈川県健康医療局保健医療部医療保険課及び関東信越厚生局神奈川事務所の連名の通知「受領委任制度の開始に伴う届出のお願い」のとおり関東信越厚生局神奈川事務所（以下「厚生局」とします。）に受領委任の届出がない場合は、平成31年4月施術（5月請求分）より、代理受領による申請受付は神奈川県国保連合会ではできなくなります。その場合、代理受領として請求があった場合は返戻とさせていただきます、患者さんが直接市町村の窓口へ請求する「償還払い」となります。償還払いの請求方法については各市町村までお問い合わせください。

また、請求時に厚生局からの登録記号番号が届かず、申請書の施術証明欄に記載できない場合は、申請書の摘要欄に厚生局に届出された日付の記載をお願いします。（※裏面参照）

なお、①受領委任の届出をされていない場合は厚生局にこの届出を行うことにより神奈川県国保連合会へ請求は可能になりますので速やかに届出を行ってください。

②新たに、1月施術分より往療料の算定がある場合には「往療内訳表」の添付が必須となりました。4月施術分以降、添付がない場合は返戻とさせていただきます。

受領委任制度の切り替えにあたり、はり師、きゅう師あん摩マッサージ指圧師の皆さまには大変ご迷惑をおかけしますがご理解、ご協力を賜りますよう、よろしく願いいたします。

\*この通知はすでに厚生局への届出が済んでいる施術所（者）様へも送付させていただいております。ご了承ください。

神奈川県国保連合会  
審査第四課 療養費係  
電話 045-329-3433

記載例

療養費支給申請書 (平成 年 月分)										(あんま・マッサージ用)																						
										都道府県番号 _____ 機関コード _____																						
公費負担者番号										特記事項																						
公費受給者番号										9 1社国 3後期 2本外 8高外一																						
区市町村番号										マ 2公費 4退職 4六外 0高外7																						
受給者番号										種類 04マ																						
保険者番号																																
○被保険者証等の記号・番号										○発症又は負傷年月日																						
										年 月 日																						
療養を受けた者の氏名 (フリガナ)										続柄																						
男・女										○発症又は負傷の原因及びその経過																						
明・大・昭・平 年 月 日生										○業務上・外、第三者行為の有無																						
										1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																						
初療年月日										施術期間																						
平成 年 月 日										自・平成 年 月 日 ~ 至・平成 年 月 日																						
傷病名又は症状										実日数																						
										請求区分																						
										新規・継続																						
										転 帰																						
										継続・治療・中止・転医																						
マ ッ サ ー ジ										摘 要																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>軀幹</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>右上肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>左上肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>右下肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>左下肢</td> <td>円×</td> <td>回=</td> <td>0円</td> </tr> </table>										軀幹	円×	回=	0円	右上肢	円×	回=	0円	左上肢	円×	回=	0円	右下肢	円×	回=	0円	左下肢	円×	回=	0円	平成〇〇年〇月 厚生局へ届出済		
軀幹	円×	回=	0円																													
右上肢	円×	回=	0円																													
左上肢	円×	回=	0円																													
右下肢	円×	回=	0円																													
左下肢	円×	回=	0円																													
変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	0円																												
温 罨 法	円×	回=	0円																													
温罨法・電気光線器具	円×	回=	0円																													
往 療 料 4Kmまで	円×	回=	0円																													
往 療 料 4Km超	円×	回=	0円																													

「平成〇〇年〇〇月 厚生局へ届出済」等  
記載をお願いします。