

はり・きゅうの支給について

健康保険の対象となる範囲

健康保険の対象となるのは医師が必要と認め、同意した場合のみとなります。なお、医師の同意に加療期間の記載がない場合は、初療の日から6ヶ月程度を同意書の有効期間とし、その後の施術には医師の再同意が必要となります。本人が希望して施術を受ける場合は、健康保険の対象となりません。
また、疲労回復や疾病予防を目的としたものは対象外です。

同意書の有効期限

- ・初療日/再同意日が1日～15日・・・当該月の5ヶ月の末日まで有効
 - ・初療日/再同意日が16日～31日・・・当該月の6ヶ月後の末日まで有効
- 例1) 7/15 初療日/再同意日・・・12/31まで有効
例2) 7/16 初療日/再同意日・・・1/31まで有効
※初療・継続ともに過去に遡っての同意は不可です。

はり・きゅう

慢性的な疼痛を主症とし、医師による適度な治療手段がなく、主治医が治療上の効果があると認めた場合に限り対象となります。

<対象疾患>

- ・神経痛
- ・リウマチ
- ・頰腕症候群
- ・五十肩
- ・腰痛症
- ・頰椎捻挫後遺症

※同じ傷病（箇所）の治療・処方医療機関で受けている場合は、はり・きゅうの施術費用は健康保険の対象にならず、全額自己負担となります。

支給対象外になる場合

- ・急性の痛み
- ・その痛みについて医師による治療を受けたことがない
- ・保険医療機関に入院中の場合
- ・同一傷病で保健医療機関にて治療（診療・検査及び療養費同意交付を除く）を受けている場合
※投薬（貼付薬含む）を受けている場合も治療となります。
- ・同一傷病で柔道整復（整骨院・接骨院）やあんまマッサージの施術があった場合
- ・本人・治療院の要請にて書いてもらった同意書での施術

提出書類

提出先 ⇒ カシオ健保 療養費担当まで

①療養費支給申請書E

..... { A4サイズで印刷してください（裏紙使用不可）
記入もれがないか確認してください。

②領収証原本

..... { 原本が必要です。また、返却することはできません。
領収証には受診者氏名、金額（明細内訳）、領収日、領収印、施術者名が必要です。

③医師の同意書

..... { 約6ヵ月毎に、医師の同意が必要です。
医師の記名押印は当該医師の署名でも差し支えありません。

同意書について注意事項

- ・変形徒手矯正術は初療日/再同意日から最長1ヵ月で医師の同意が必須となります。

※注意事項

1. 「施術報告書交付料」を支給する療養費支給申請書には、施術師より記入された「施術報告書」のコピーをご提出ください。
2. 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については、施術師より記入された「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。

支給日・支給方法

毎月の締日（基本月末）までに健保へ提出された申請書は、健保で厳正な審査の上支給決定となった場合に事業所経由で給与日に給付いたします。

（記入不備や審査によって遅れる場合があります）

- カシオ計算機社員：給与日給付
- カシオグループ会社社員：各事業所へお問い合わせください

毎月の給付書類締切日を、健保ホームページに掲載していますのでご確認ください。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同 年 月 日	年 月 日	< 備考 >	月 分	支給支払決議書					
				常務理事	事務長	担当者			
支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円		
	診療請求額								
査定額(保険適用外)									
内 訳	法定給付			合計額				資格取得	年 月 日
	付加給付			一部負担金				資格喪失	年 月 日

被保険者 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 E (第 回目)
家族 < 給付コード27 はり・きゅう > (和暦) 年 月 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。自署でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日(和暦)		被保険者の氏名			
	記号	番号	年	月	日			
	事業所名称			所属部署名				
	被保険者の住所			〒		日中の連絡先	電話番号	
				メールアドレス:				
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合		氏名	生年月日(和暦)	年	月	日	続柄
	傷病名			発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)		年 月 日		
	発病または負傷の原因及びその経過			はり・きゅう受療の経緯も記入してください			第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします	
振込希望口座(退職者のみ記入)		銀行	支店	普通	口座番号		口座名義(カタカナ)	
		信用金庫	出張所	当座				

※ 任職者の方は、振込口座記入不要(任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

は り 師 ・ き ゅ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日(和暦)		施術期間(和暦)		実日数	請求区分	
	年 月 日		自: 年 月 日 ~ 至: 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		5. 腰痛症		6. 頸椎捻挫後遺症	
	7. その他 ()				転 帰		
	初検料		1. はり		2. きゅう		円
	3. はり・きゅう併用						円
	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	
往診料				円 × 回 =	円		
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)				円 × 回 =	円		
費用額計				円			
一部負担額(2割・3割)				円			
請求額				円			
通所○ 往療◎		訪問1①	訪問2②	訪問3③	施術年月	年 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地				
	(和暦) 年 月 日		施術所名				
	登録記号番号		所在地				
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日(和暦)		
					年 月 日		
傷病名		要加療期間					

【 必要添付書類 】 ・領収証(原本) ・初回申請の時は、医師の同意書(原本)
 ・初療の日から6ヶ月以降も施術を受ける場合は、6ヶ月経過毎に医師の再同意が必要です

健保受付日付印

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為処理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合	

