

令和5年3月

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取扱いについて

大阪府国民健康保険団体連合会

本会は、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受領委任分の審査支払事務を令和元年9月施術分（令和元年10月以降受付分）から取り扱うこととなりました。同年8月施術分以前の申請書は保険者（市町村、国保組合、大阪府後期高齢者医療広域連合）に提出してください。

連合会へご提出いただく総括票等について、ご留意いただく内容を以下に記載させていただきます。

## 1 申請受付及び連合会で取り扱う療養費支給申請について

### ① 療養費支給申請書の申請期間・受付場所等

#### (1) 申請書受付期間

毎月1日から10日まで（土・日・祝日を除く）です。

ただし、10日に限っては土・日・祝日であっても、受付します。

※ 11日の受付は行いませんので、ご注意ください。

#### (2) 提出協力日

上記(1)の受付締切日の当日、前日は、受付窓口が大変混雑します。毎月8日を提出協力日とさせていただきますので、なるべく提出協力日までにご提出ください。

#### (3) 受付時間

午前9時から午後5時30分まで。

#### (4) 申請受付場所

1日～4日は、3階業務管理課

5日～10日は、4階受付室

#### (5) 郵送等の受付

郵便、宅配便、オートバイ便等での受付は2階総務課あて送付してください。

※ 郵送等の場合であっても10日必着ですのでご注意ください。

#### (6) 入館時間

連合会が入居している中央大通FNビルは、平日は午後6時でシャッターが降ろされます。それ以降は入館できません。

② 取り扱う保険等の種別

- (1) 国民健康保険（一般：大阪府内市町村及び国民健康保険組合）  
※ 下記、③（1）を除く。
- (2) 後期高齢者医療（大阪府後期高齢者医療広域連合）
- (3) 公費負担医療（大阪府福祉医療助成制度（重度障がい者医療費（法別番号 80）、ひとり親家庭医療費（法別番号 82）、乳幼児医療費（法別番号 86）：大阪府内市町村、原爆（法別番号 19）：国（大阪府））  
※ 原爆医療の支払は大阪府から行われます。
- (4) 特別療養費（被保険者資格証明書を提示しての受療）

③ 非取扱分

- (1) 大阪府浴場国民健康保険組合（00273060）  
関西たばこ国民健康保険組合（00273086）  
大阪質屋国民健康保険組合（00273094）  
大阪府医師国民健康保険組合（00273128）
- (2) 大阪府以外の国民健康保険・後期高齢者医療の被保険者  
社会保険分等（協会けんぽ・健保組合・日雇・共済等）
- (3) 大阪府の原爆医療（法別番号 19）・大阪府の福祉医療費助成制度以外の公費負担医療

## 2 総括票について

① 療養費支給申請総括票（I）《様式第 8 号》の作成について【別紙 1】

- (1) 総括票（I）の作成は国保連合会提出分（国保一般、後期高齢者医療及び公費負担医療（大阪府福祉医療助成制度及び原爆医療））について全てご記入ください。
- (2) 記載順は、制度順【後期→原爆→福祉医療費（後期高齢者医療に係るもの）→国保→原爆→福祉医療費（国保、社保に係るもの）】の保険者番号順にご記入ください。  
※保険者番号は別紙一覧表をご参照ください。  
なお、原爆（法別番号 19）の保険者名は、大阪府となります。
- (3) 制度別の小計は不要ですが、合計は必ずご記入ください。

- ② 療養費支給申請総括票（Ⅱ）《様式第9号》の作成について【別紙2】
- (1) 制度別（国保、後期高齢者医療）の保険者名別に作成してください。
  - (2) 公費（法別番号 19、80、82、86）については、国保と後期高齢者医療の主保険ごとに分けたうえで、公費実施者（市町村）別に作成してください。
  - (3) 国保、後期高齢者医療及び公費については、保険者名別・保険種別ごとに請求区分（保険者負担）に本人・家族を分けてご記入ください。
  - (4) 大阪市、堺市分の申請は各1枚の総括票（Ⅱ）でご提出ください。区ごとの作成は不要です。（保険者番号及び実施者番号は次ページ参照）  
大阪市は区ごとに本人、家族にまとめて区の順番（保険者番号の順番）に並べてください。
  - (5) 返戻の再請求分の申請書も当月請求分の総括票（Ⅱ）に合算してご記入ください。
  - (6) 公費（原爆、大阪府の福祉医療費助成制度）に係る総括票（Ⅱ）の費用額欄は、療養費支給申請書の公費の対象金額の積算ではなく、合計金額の積算額をご記入ください。
  - (7) 総括票（Ⅱ）に綴じる申請書はすべて本人、家族の順に並べて綴じてください。
  - (8) 総括票（Ⅱ）の作成は制度、保険者等で多項目になっていますので、保険者名欄に保険者名を記載し、別紙保険者番号一覧表をご参照の上、併せて保険者番号及び実施者番号をご記入ください。  
（例）①大阪市国保一般  
保険者名 : 大阪市 殿  
保険者番号 : 00274001  
②岸和田市乳幼児医療費  
保険者名 : 岸和田市 殿  
実施者番号 : 86270030

大阪市の保険者番号及び実施者番号は、次のとおりです。

一般	00274001
(80)	80274004
(82)	82274002
(86)	86274008

堺市の保険者番号及び実施者番号は、次のとおりです。

一般	00275008
(80)	80275001
(82)	82275009
(86)	86275005

### 3 療養費支給申請書について

- (1) 申請書は平成 30 年 6 月 12 日付け保発 0612 第 2 号厚生労働省保険局長通知の受領委任の取扱規程による様式（はり・きゅう用：様式第 6 号、あんま・マッサージ用：様式第 6 号の 2）を使用してください。  
取扱規程の様式によらない場合は、返戻させていただきますので、ご注意ください。
- (2) 公費の申請書も上記（1）の様式（様式第 6 号、第 6 号の 2）で作成してください。作成にあたっては、申請書上部にある公費負担者番号、受給者番号欄を必ずご記入ください。  
また、保険者番号、被保険者証等の記号番号欄にも漏れなくご記入ください。  
なお、「合計」欄は主保険の申請書と同金額、「一部負担金」欄は公費に係る一部負担金額、「請求額」欄は主保険の一部負担金から公費の一部負担金を除いた金額をご記載ください。
- (3) 連合会による審査にあたり、申請書の不備、記載漏れ等、申請書と、医師の同意書や往療内訳表等の添付書類とに不整合等があれば、返戻させていただきます。申請にあたっては、ご確認のうえご提出ください。

### 4 編綴方法【別紙 3】

- (1) 総括票（Ⅱ）を制度別（後期高齢者医療、原爆（法別番号 19）、大阪府の福祉医療費助成制度（法別番号 80、82、86）に続き、国保一般、原爆（法別番号 19）、大阪府の福祉医療費助成制度（法別番号 80、82、86）、保険者順に綴じたあと、総括票（Ⅰ）を一番上にして一括綴じしてください。
- (2) 総括票（Ⅱ）の同一制度内の保険者（市町村）の順番は、保険者（市町村）番号順に並べてください。岸和田市から始まり大阪市、堺市、国保組合と続き、最後が大阪建設国民健康保険組合となります。

## 5 返戻を依頼される場合について

- 提出済みの申請書に後日、何らかの記入誤り又は資格変更等が判明し、申請書の返戻を依頼される場合は、当月提出分に限り、本会所定の「返戻依頼書」にて、毎月20日までは連合会で受け付けます。当月20日を過ぎた場合は、直接保険者（市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合）又は公費負担医療実施者（福祉医療費助成は市町村、原爆医療は大阪府）にご連絡ください。

返戻手続きにあたっては、まず、担当課へ電話連絡したのち連合会所定の返戻依頼書でお申し出ください。

## 6 増減点・返戻通知書

- 申請内容に不備、記載漏れ等があれば「増減点・返戻通知書」にて申請書を返戻させていただきます。返戻理由をご確認の上、次月以降に再申請してください。

なお、本会の事務処理上、登録記号番号でなく、本会独自の設定による「医療機関番号」を付しております。

ご理解の程よろしくお願いいたします。

※療養費支給申請書へ医療機関番号の記載は不要です。

- 送付先は、申請書記載の施術管理者の所在地へ送付します。  
支払先として施術管理者以外を指定されている場合で、増減点・返戻通知書もその支払先に送付をご希望の場合は、連合会業務管理課までお申し出ください。【別紙4】

## 7 施術療養費当座口振込通知書

- 毎月振り込む施術療養費の内訳については、「施術療養費当座口振込通知書」により、支払日の概ね1週間前にご通知します。

施術療養費当座口振込通知書には、はり・きゅう、あん摩マッサージ療養費のそれぞれの支払確定額を一括して掲載しております。

振込に際して、当座口振込通知書と併せて「支払状況内訳書」を送付させていただきます。被保険者一人一人の支払額を記載した「支払一覧」、保険者における支給決定に際し、点検中等の場合は支払保留となります「保留一覧」を各々記載して送付させていただきます。保険者において保留が続くような場合でも毎月の「支払状況内訳書」には記載いたします。

その後、保留解除となり、支払決定となりましたら「支払一覧」に記載し、お支払いします。

また、支払先として施術管理者以外を指定されている場合で、施術療養費当座口振込通知書もその支払先に送付をご希望の場合は、連合会業務管理課までお申し出ください。【別紙4】

- (2) 施術療養費当座口振込通知書は、所得税申告の際に必要ですので、紛失しないよう大切に保管しておいてください。

## 8 支払日について

- (1) 支払日は、連合会で受け付けた月の翌月以降の25日ごろとなります。
- (2) 支給決定は各保険者等で行われます。保険者等の判断により申請書受付月（提出月）から6か月間以内で支給決定を保留することがあります。この場合、申請書受付月（提出月）から支給月まで7か月程度（保留期間6か月＋支払手続1か月）かかることもあります。

## 9 大阪府国民健康保険団体連合会事務所の案内

所在地 〒540-0028  
大阪府中央区常盤町1丁目3番8号（中央大通F Nビル内）

電話 (06) 6949-5335 [ 業務管理課 ]

- ・ 施術療養費の受付・支払に関する事
- ・ 通知書等送付先変更に関する事

電話 (06) 6949-5326 [ 業務第4課 ]

- ・ 施術療養費の申請に関する事
- ・ 増減点・返戻通知書に関する事
- ・ 返戻依頼に関する事

※ 当月申請分は20日まで。  
その後は保険者へ、直接ご連絡ください。



令和 年 月分

療養費支給申請総括票 ( I )

(請求者) 登録記号番号           -  -

施術管理者名

施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						

( 通信欄 )

【「療養費支給申請総括票(Ⅰ)」の記載方法】

後期高齢者医療被保険者分として、後期高齢者医療、原爆、公費負担医療の順にご記載いただきます。

次に、国民健康保険一般、原爆、公費負担医療の順に各々保険者番号順にご記載ください。

提出年月を記入ください。

令和 年 月分

**療養費支給申請総括票(Ⅰ)**

施術管理者である届出者名をご記入ください。

(請求者) 登録記号番号

施術管理者名

施術所名

保険者(公費実施者)番号順に保険者(公費実施者)名と併せて以下の制度名の記入をお願いします。

- ・ 後期高齢者の場合
- 39 (後期高齢者)
- 19 (原爆医療費)
- 80 (障がい者医療費)
- 82 (ひとり親家庭医療費)
- ※ 原爆医療費の場合、実施者名は「大阪府」と記入ください。
- ・ 国民健康保険の場合
- 00 (一般)
- 19 (原爆医療費)
- 80 (障がい者医療費)
- 82 (ひとり親家庭医療費)
- 86 (乳幼児医療費)

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
大阪府広域連合 <span style="font-size: small;">後期 若しくは 39</span>	件	円	件	円	件	円
↓	↓					
岸和田市 <span style="font-size: small;">一般 若しくは 00</span>						
↓	↓					
大阪建設国保組合 <span style="font-size: small;">一般 若しくは 00</span>						
大阪府 <span style="font-size: small;">原爆 若しくは 19</span>						
岸和田市 <span style="font-size: small;">障害 若しくは 80</span>						
↓	↓					
堺市 <span style="font-size: small;">障害 若しくは 80</span>						

(通信欄)

まず、後期高齢者分を記載し、次に後期高齢者の19、80、82の順にご記載ください。

その後に、国民健康保険の一般分、19、80、82、86をそれぞれ保険者順にご記載ください。

令和 年 月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者 名  
実施者 \_\_\_\_\_

保険者 実施者	番号										
------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(請求者) 登録記号番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--

 - 

--

施術管理者名

施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円	円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※誤算	本人				
	家族				
※増減	本人	/			
	家族	/			

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

【「療養費支給申請総括票(Ⅱ)」の記載方法】

- ・国保については、本人・家族別に記入してください。  
後期高齢者については、本人欄に記入してください。  
公費についても本人・家族別に記入いただき、費用額の欄には公費の対象金額ではなく、合計金額(10割分)を記入してください。
- ・月遅れ分の申請書(返戻分も含む)も当月分の総括票(Ⅱ)に合算して記入してください。

提出年月を記入する。

令和 年 月 分

**療養費支給申請総括票(Ⅱ)**

保険者 名 \_\_\_\_\_

実施者

保険者 番号 \_\_\_\_\_

実施者

(請求者) 登録記号番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

施 術 管 理 者 \_\_\_\_\_

施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人	件	円	円	円
	家 族				
※ 決 定	本 人				
	家 族				
※ 返 戻	事 前 分	本 人			
		家 族			
	保 険 者	本 人			
		家 族			
※ 誤 算	本 人				
	家 族				
※ 増 減	本 人				
	家 族				

※印の欄は記入しないこと。

---

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

後期高齢者の場合は、保険者名は「大阪府後期高齢者医療広域連合」です。

1. 後期高齢者の場合は、39270004のみ。

2. 大阪市・堺市については区毎ではなく、市としてまとめて作成し、下記の番号を記入ください。

- ・大阪市
  - 00(一般) … 00274001
  - 80(障害者医療費) … 80274004
  - 82(ひとり親家庭医療費) … 82274002
  - 86(乳幼児医療費) … 86274008
- ・堺市
  - 00(一般) … 00275008
  - 80(障害者医療費) … 80275001
  - 82(ひとり親家庭医療費) … 82275009
  - 86(乳幼児医療費) … 86275005

はり師、きゆう師及びあん摩マッサージ指圧師の療養費支給申請書編綴方法

はり・きゆう	大阪府後期高齢者医療分	特別療養費	
		総括票 (I)	
		総括票 (II)	後期高齢者医療分
		申請書	後期高齢者医療分
		総括票 (II)	原爆 (法別 19) 分
		申請書	原爆 (法別 19) 分
		総括票 (II)	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		総括票 (II)	国保分 別記②
		申請書	国保分 別記②
		総括票 (II)	原爆 (法別 19) 分
		申請書	原爆 (法別 19) 分
		総括票 (II)	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①

**別記①**

【大阪府福祉医療助成分】  
 ●法別80  
 岸和田市(80270036)  
 ~  
 大阪市(80274012~80274269)  
 堺市(80275019~80275076)  
 ●法別82  
 岸和田市(82270034)  
 ~  
 大阪市(82274010~82274267)  
 堺市(82275017~82275074)  
 ●法別86  
 岸和田市(86270030)  
 ~  
 大阪市(86274016~86274263)  
 堺市(86275013~86275070)

あん摩・マッサージ	大阪府後期高齢者医療分	特別療養費	
		総括票 (I)	
		総括票 (II)	後期高齢者医療分
		申請書	後期高齢者医療分
		総括票 (II)	原爆 (法別 19) 分
		申請書	原爆 (法別 19) 分
		総括票 (II)	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		総括票 (II)	国保分 別記②
		申請書	国保分 別記②
		総括票 (II)	原爆 (法別 19) 分
		申請書	原爆 (法別 19) 分
		総括票 (II)	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療助成分 (法別 80・82・86) 別記①

**別記②**

【国保分】  
 岸和田市(270033)  
 ~  
 大阪市(274001)  
 堺市(275001)  
 大阪府整容国保組合(273011)  
 ~  
 大阪建設国保(273169)

一括に綴じてください。

(個人用)

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会

理事長様

はり・きゅう、あん摩マッサージ施術療養費の書類送付先変更について

施術管理者名	㊞
施術所名	
登録記号番号	

私宛の書類等につきましては、次の受取者に送付願います。

## 記

通知書名	施術療養費当座口振込通知書 増減点・返戻通知書 等
------	------------------------------

受取者氏名	
受取者住所	〒 —
受取者連絡先	

・後日、送付先を変更される場合は、改めて本様式にて申し出てください。

備考欄

・本届出内容のうち個人情報に該当する事項については、大阪府国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第18条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用するものではありません。