

令和 6 年 10 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

本会では、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)から取り扱っています。

本会へ療養費支給申請書(以下、「申請書」とする。)を提出する際には、以下の内容についてご留意ください。

1 申請書の受付及び本会で取り扱う保険等の種別について

① 申請書の受付

(1) 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日を提出協力日としておりますので、なるべく提出協力日までにご提出ください。

ただし、8日が土・日・祝日の場合には受付しておりません。ご持参される場合には、8日前後の受付日をお願いします。

(3) 受付時間

午前9時から午後5時30分まで

(4) 受付場所

6階受付室

(5) 郵送等での受付

バイク便等の場合、総務課庶務係(2階)で受付します。

郵送等の場合も10日必着とし、11日以降の受付は次月処理となりますのでご注意ください。

② 取り扱う保険等の種別

(1) 国民健康保険(以下、「国保」とする。)

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(以下、「後期」とする。)

大阪府後期高齢者医療広域連合

- (3) 公費負担医療（以下、「公費」とする。）
大阪府福祉医療費助成制度（以下、「福祉医療」とする。）
重度障がい者医療（法別番号 80）
ひとり親家庭医療（法別番号 82）
乳幼児医療（法別番号 86）：大阪府内市町村
大阪府原爆医療（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）（※令和 6 年 3 月施術分
まで）
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) 大阪府以外の国保・後期
社会保険分等（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・日雇等）
- (3) 大阪府原爆医療・福祉医療以外の公費

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）は、本会提出分（国保、後期及び公費（原爆医療及び福祉医療））について全てご記入ください。
- (2) 記載順は、制度順【後期 → 原爆医療（後期に係るもの） → 福祉医療（後期に係るもの） → 国保 → 原爆医療（国保、社保に係るもの） → 福祉医療（国保、社保に係るもの）】の保険者番号順（公費は公費負担者番号順）にご記入ください。
※保険者番号及び実施者番号（公費負担者番号）は別紙一覧表をご参照ください。
なお、原爆医療（法別番号 19）の実施者名は、大阪府です。

(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)、保険者名・実施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(または社保)と後期の主保険ごとに分けたうえで、法別番号別の実施者(市町村または大阪府)別に作成してください。

(3) 請求区分(太枠内)に本人・家族を分けてご記入ください。

(4) 大阪市、堺市分は各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。(大阪市、堺市の保険者番号及び実施者番号は次ページ参照)

また、大阪市は区ごとに本人、家族別にまとめて区の順番(保険者番号または実施者番号の順番)に並べてください。

(5) 返戻による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(原爆医療、福祉医療)に係る総括票(Ⅱ)の費用額欄は、申請書の公費の対象金額の積算額ではなく、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)は、保険者一覧表・公費負担者番号一覧表をご参照のうえ、保険者名・実施者名欄に保険者名または公費負担者名を記入し、併せて保険者番号・実施者番号欄に保険者番号または公費負担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

保険者番号 : 00274001

②岸和田市乳幼児医療

実施者名 : 岸和田市

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。

国保	00274001
公費(法別番号 80)	80274004
公費(法別番号 82)	82274002
公費(法別番号 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。

国保	00275008
公費(法別番号 80)	80275001
公費(法別番号 82)	82275009
公費(法別番号 86)	86275005

3 申請書について

- (1) 申請書は、令和3年3月24日付け保発0324第2号(※令和6年9月施術分以前)または令和6年5月31日付け保発0531第2号(※令和6年10月施術分以降)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、返戻となりますので、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、様式第6号の2)で作成してください。作成にあたっては、申請書上部の「公費負担者番号」、「公費受給者番号」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入ください。

- (3) 本会による審査にあたり、申請書の記載不備や記載漏れ、申請書と添付書類(医師の同意書等)に不整合等があれば、返戻します。申請書の作成にあたり、ご確認のうえご提出ください。

4 編綴方法【別紙3】について

- (1) 総括票(Ⅱ)を制度別(後期、原爆医療(法別番号19)、福祉医療(法別番号80、82)に続き、国保、原爆医療(法別番号19)、福祉医療(法別番号80、82、86))、保険者順・実施者番号順に並べて、総括票(Ⅰ)を一番上にして一括で綴じてください。
- (2) 総括票(Ⅱ)の同一制度内の保険者の順番は、保険者(市町村)番号順に並べてください。国保の場合、岸和田市から始まり大阪市、堺市、国民健康保険組合と続き、最後は大阪建設国民健康保険組合となります。

5 返戻依頼書について

提出済みの申請書に後日、何らかの記入誤りまた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、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合)または公費実施者(福祉医療は市町村、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・返戻通知書について

- (1) 申請書に記載不備、記載漏れ等があれば「増減点・返戻通知書」にて申請書を返戻します。返戻理由をご確認のうえ、次月以降に再提出してください。

なお、本会の事務処理上、「増減点・返戻通知書」には、登録記号番号ではなく、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します。

※申請書への医療機関番号の記載は不要です。

- (2) 「増減点・返戻通知書」及び返戻申請書は、申請書記載の施術所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」及び返戻申請書もその支払先に送付をご希望の場合は、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について

- (1) 毎月振り込む施術療養費については、「施術療養費当座口振込通知書」にて通知しており、「施術療養費当座口振込通知書」は支払日の概ね1週間前に発送します。

「施術療養費当座口振込通知書」には、はり・きゅう、あん摩マッサージのそれぞれの支払確定額を一括で掲載しています。併せて送付する「支払状況内訳書」には、「支払一覧」にて保険者等が支給決定を行った申請書について、「保留一覧」にて保険者等が点検中の申請書について、はり・きゅう、あん摩マッサージ別に掲載します。

保険者において保留が続く場合は、毎月の「支払状況内訳書」の「保留一覧」に掲載してお知らせします。その後、保険者等が支給決定を行った場合は、「支払一覧」に掲載して、施術療養費をお支払いします。

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、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、本会で受け付けた月の翌月以降の25日頃となります。
- (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支給決定を保留することがありますが、保留期間は申請書受付月（提出月）から6か月までとなっています。例えば、6か月目に支給決定となった場合、申請書受付月（提出月）から支給月まで7か月（保留期間5か月＋支給決定1か月＋支払手続1か月）かかります。

9 大阪府国民健康保険団体連合会事務所について

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) 6949-5336 [業務管理課]

- ・ 施術療養費の支払に関する事
- ・ 各種通知書の送付先変更に関する事

電 話 (06) 6949-5326 [業務第4課]

- ・ 申請書の提出に関する事
- ・ 「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。
その後は保険者等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】

後期高齢者医療分として、後期高齢者医療、原爆医療、福祉医療費助成制度の順に記載し、

次に、国民健康保険分として、国民健康保険、原爆医療、福祉医療費助成制度の順に、各々

保険者番号(実施者番号)順に記載してください。

提出年月を記入

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記入

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

・後期高齢者医療の場合

39 (後期高齢者) ↓

19 (原爆医療)

80 (重度障がい者医療)

82 (ひとり親家庭医療) ↓

※ 原爆医療の場合、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)

80 (重度障がい者医療)

82 (ひとり親家庭医療)

86 (乳幼児医療) ↓

(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 円	件数	費用額 円	件数	費用額 円
大阪府広域連合 [後期 若しくは 39]						
↓ ↓						
岸和田市 [一般 若しくは 00]						
↓ ↓						
大阪建設国保組合 [一般 若しくは 00]						
大阪府 [原爆 若しくは 19]						
岸和田市 [障害 若しくは 80]						
↓ ↓						
堺市 [障害 若しくは 80]						
合 計						

(通信欄)

まず、後期高齢者医療を記載し、次に後期高齢者医療の法別番号19、80、82の順に記入してください。

その後に、国民健康保険、国民健康保険の法別番号19、80、82、86を、各々保険者番号(実施者番号)順に記入してください。

令和 年 月分

療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者
実施者 名

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】

- ・ 国民健康保険については、本人・家族別に記入してください。
後期高齢者医療については、本人欄に記入してください。
公費負担医療についても本人・家族別に記入し、費用額の欄には公費負担医療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(返戻の再請求分を含む)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

令和 年 月 分

療養費支給申請総括票(Ⅱ)

保険者 名
実施者 名

保険者 番号
実施者 番号

(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。

後期高齢者医療の場合は、保険者名は「大阪府後期高齢者医療広域連合」です。

1. 後期高齢者医療の場合は、39270004

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(重度障がい者医療)… 80274004
82(ひとり親家庭医療)… 82274002
86(乳幼児医療)… 86274008

・堺市
00(一般)… 00275008
80(重度障がい者医療)… 80275001
82(ひとり親家庭医療)… 82275009
86(乳幼児医療)… 86275005

区 分	件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人	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。

はり師、きゅ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・きゅう	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)	原爆医療 (法別番号 19) 分
		申請書	原爆医療 (法別番号 19) 分
		総括票 (Ⅱ)	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82) 別記①
		総括票 (Ⅱ)	国民健康保険分 別記②
		申請書	国民健康保険分 別記②
	大阪府国民健康保険分	総括票 (Ⅱ)	原爆医療 (法別番号 19) 分
		申請書	原爆医療 (法別番号 19) 分
		総括票 (Ⅱ)	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82・86) 別記①

別記①

【大阪府福祉医療費助成制度分】

●法別番号 80

岸和田市 (80270036)

～

大阪市 (80274012～80274269)

堺市 (80275019～80275076)

●法別番号 82

岸和田市 (82270034)

～

大阪市 (82274010～82274267)

堺市 (82275017～82275074)

●法別番号 86

岸和田市 (86270030)

～

大阪市 (86274016～86274263)

堺市 (86275013～86275070)

あんま・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)	原爆医療 (法別番号 19) 分
		申請書	原爆医療 (法別番号 19) 分
		総括票 (Ⅱ)	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82) 別記①
		総括票 (Ⅱ)	国民健康保険分 別記②
		申請書	国民健康保険分 別記②
	大阪府国民健康保険分	総括票 (Ⅱ)	原爆医療 (法別番号 19) 分
		申請書	原爆医療 (法別番号 19) 分
		総括票 (Ⅱ)	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82・86) 別記①
		申請書	大阪府福祉医療費助成制度分 (法別番号 80・82・86) 別記①

別記②

【国民健康保険分】

岸和田市 (270033)

～

大阪市 (274001)

堺市 (275008)

大阪府整容国保組合 (273011)

～

大阪建設国保組合 (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	印
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。

大阪府国民健康保険団体連合会