

大分県後期高齢者医療広域連合はり師、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代理受領の取扱いに関する事務取扱要綱

平成28年2月12日 大分県後期高齢者医療広域連合告示第2号

(趣旨)

第1条 この要綱は、後期高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第77条に規定する療養費のうち、はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師（以下「施術者」という。）の施術に係る療養費（以下「施術療養費」という。）の代理受領の取扱いについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 被保険者 法第50条に規定する被保険者をいう。
- (2) 代理受領 被保険者から委任を受けた施術者又はその者が勤務する施術所の開設者が、法及びはり師、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支給の留意事項等について（平成16年10月1日保医発第1001002号）に基づき、当該被保険者に係る施術療養費の支給の申請手続を代行し、及び当該施術療養費を受領することをいう。
- (3) 代理受領者 代理受領を行う施術者又はその者が勤務する施術所の開設者をいう。

(代理受領の届出)

第3条 大分県後期高齢者医療広域連合長（以下「広域連合長」という。）は代理受領の取扱いを希望する者に対し、施術師、施術所、団体又は法人等に関する事項について、はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師代理受領施術者登録申請書（様式第1号）及びその内容を証する書類により、届出を求めるものとする。

(届出事項の変更等)

第4条 広域連合長は、代理受領者に対し、第3条の規定により届出を受けた届出内容に変更が生じたときは、変更内容及びその内容を証する書類により、届出を求めるものとする。

(支給申請)

第5条 被保険者は、施術療養費の支給の申請手続を代理受領者に代行させることができる。

- 2 前項の規定により代理受領者が施術療養費の支給を申請するときは、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）第47条及び大分県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例等施行規則（平成20年大分県後期高齢者医療広域連合規則第1号）第11条に基づき、施術を行った月ごとに次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる書類（以下「申請書」という。）

に広域連合長が必要と認める書類を添えて、広域連合長に提出しなければならない。

(1) はり師又はきゅう師の施術に係る施術療養費の支給を申請する場合

大分県後期高齢者医療療養費支給申請書（はり・きゅう用）（様式第2号）

(2) あん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る施術療養費の支給を申請する場合

大分県後期高齢者療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）（様式第3号）

3 申請書の提出は、申請書の記載事項と同じ事項が記載された書類を提出することにより、これに代えることができる。

（調査等）

第6条 申請書の内容に疑義が生じた場合の取扱いは、次のとおりとする。

(1) 広域連合長は、法第60条及び第137条の規定により、当該申請書に係る被保険者に対し、施術状況等の調査を実施するものとする。

(2) 広域連合長は、代理受領者に対し、施術録、施術日報、一部負担金徴収簿その他広域連合長が必要と認める書類の閲覧、提出等を求めることができる。

（医療機関等への照会）

第7条 広域連合長は、施術療養費の支給に関して必要があると認めるときは、当該施術療養費に係る施術についての同意書を発行している医療機関等に対し、その内容について照会するものとする。

（改善の要請等）

第8条 広域連合長は、代理受領の取扱いにおいて不適正な事実が認められたときは、その事実を通知し、事務改善を求める必要がある場合には、代理受領者に対して改善に関する誓約書の提出を求めるものとする。

2 広域連合長は、過失により誤って不適正な施術療養費の請求を行っていたことが判明した場合は、代理受領者に対して、自主返還する額を確定し、大分県後期高齢者医療療養費返還額決定通知書（様式第4号。以下「返還額決定通知書」という。）により当該対象者に通知するものとする。

3 前項の規定により返還額決定通知書を受けた者は、速やかに当該返還額を返還しなければならない。

（代理受領の取扱いの中止）

第9条 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、代理受領の取扱いを中止することができる。

(1) 故意又は重大な過失により、施術療養費の申請内容に不正な事実があると認めるとき。

(2) その他代理受領の取扱いを認めることが不相当と広域連合長が認めるとき。

2 前項の規定による代理受領の取扱いの中止の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 不正な申請書の施術証明欄に記載された施術者及び当該申請書に係る施術を行っ

た全ての施術者

(2) 前号の施術者が勤務する施術所の開設者

(3) 前2号に定めるもののほか、広域連合長が不相当と認める者

3 広域連合長は、第1項の規定により代理受領の取扱いの中止を決定したときは、速やかに大分県後期高齢者医療療養費代理受領取扱中止決定通知書(様式第5号)により対象者に通知するものとする。

4 代理受領の取扱い中止の期間は、決定した日から起算して5年とする。ただし、5年経過後においても返還金を完納していない場合は、完納するまでの間は取扱いの中止を継続するものとする。

5 広域連合長は、第1項の規定により代理受領の取扱いを中止したときは、関係機関等に周知することができる。

(代理受領の取扱い中止の猶予)

第10条 広域連合長は、施術所の開設者の指示等により不正又は不適正な施術療養費の請求が行われていた場合、当該施術所に勤務する施術者に不正又は不適正である旨の認識があったときは、不正の事実を申告した場合に限り、当該施術者に対する代理受領の取扱いの中止を5年間猶予することができるものとする。

2 広域連合長は、施術所に勤務する施術者が単独で一方向的に不正又は不適正な施術療養費の請求を行っていた場合、当該施術所の開設者に関与が認められない場合に限り、当該開設者に対する代理受領の取扱いの中止を5年間猶予することができるものとする。

3 前二項に該当する猶予をする場合において、当該猶予期間中は証人として協力を求める場合があることについて説明を行い、承諾を得るものとする。

(返還金の請求)

第11条 広域連合長は不正又は不適正な施術療養費の請求を行った代理受領者に対し、原則として過去5年間まで遡及して返還すべき施術療養費の額を確定し、返還額決定通知書により当該対象者に通知するものとする。

2 返還額決定通知書を受けた対象者は、速やかに当該返還額を返還しなければならない。

(補則)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、公示の日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師
代理受領施術者登録申請書

※ 登録番号は保険者が記入します。

大分県後期高齢者医療広域連合 様	代理受領 施術者登録番号	はりきゅう あん摩マッ サージ指圧																		

施 術 所	名称 <small>(フリガナ)</small>																		
	住所	〒																	
	送付先住所 <small>※住所とは別の送付先を希望する場合のみ記入</small>	〒																	
	電話	- -				開設届出日	昭・平 年 月 日												
	登録種別 <small>(該当に○)</small>	はりきゅう あん摩マッサージ指圧 両方																	
開 設 (代 表) 者	氏名 <small>(フリガナ)</small>					生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生										男・ 女		
	住所	<small>※開設者が個人であれば個人の住所、法人であれば法人名及びその所在地を記入</small>																	
代 理 受 領 指 定 口 座	金融機関名					支店名					コード								
	種別	当座・普通				口座番号													
	口座名義人	<small>(フリガナ)</small>																	

添付書類

- ※ 登録免許証及び保健所開設届(出張業務開始届)の写しを添付すること。
- ※ 口座番号と名義がわかる通帳のコピーを添付すること。
- ※ 施術所開設(代表)者と代理受領指定口座の口座名義が異なる場合は、その関係を証明するものを添付すること。
- ※ 開設者が法人である場合は登記簿の写しを添付すること。

私は、下記事項を遵守することに誓約したうえ、大分県後期高齢者医療広域連合の療養費代理受領施術者として登録を申請します。

本誓約に違反した場合は、登録取消しを受けても異存ありません。

平成 年 月 日

開設(代表)者 住所

氏名

印

遵守事項

- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律、同法施行規則及び療養費支給基準を遵守すること。
- 療養費の取扱いにおいて、不適正及び不適切な取扱いを行わないこと。
- 施術に関する施術録は、その他の施術録とは区別して作成し、必要な事項を記載した上で、これを完結の日から5年間保存すること。
- 負担金を適正に徴収し、徴収金について適正な管理を行うこと。
- 申請事項に変更があったときは、速やかに届け出ること。

○ 裏面も記入してください

1	施術者	氏名	(フカナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
		住所									
		免許証	種類	登録機関		番 号	交付年月日				
			はり師				昭・平	年	月	日	
きゅう師					昭・平	年	月	日			
		あま指師			昭・平	年	月	日			
2	施術者	氏名	(フカナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
		住所									
		免許証	種類	登録機関		番 号	交付年月日				
			はり師				昭・平	年	月	日	
きゅう師					昭・平	年	月	日			
		あま指師			昭・平	年	月	日			
3	施術者	氏名	(フカナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
		住所									
		免許証	種類	登録機関		番 号	交付年月日				
			はり師				昭・平	年	月	日	
きゅう師					昭・平	年	月	日			
		あま指師			昭・平	年	月	日			
4	施術者	氏名	(フカナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
		住所									
		免許証	種類	登録機関		番 号	交付年月日				
			はり師				昭・平	年	月	日	
きゅう師					昭・平	年	月	日			
		あま指師			昭・平	年	月	日			
5	施術者	氏名	(フカナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
		住所									
		免許証	種類	登録機関		番 号	交付年月日				
			はり師				昭・平	年	月	日	
きゅう師					昭・平	年	月	日			
		あま指師			昭・平	年	月	日			

様式第2号 (第5条関係)

(代理受領用)												捨印		
大分県後期高齢者医療療養費支給申請書 (はり・きゆう用)												負担割合 8:1割 0:3割		
(平成 年 月分)						機関番号								
保険者番号		3 9										(7桁)		
被保険者番号												療養を受けた者の氏名 男・女 明・大・昭 年 月 日生		
発症又は負傷年月日		年 月 日		発症又は負傷の原因及び経過				第三者行為か否か		はい・いいえ				
施 術 内 容 欄	初療年月日		年 月 日		施術期間				実日数		請求区分		転帰	
	年 月 日		自 年 月 日		～ 至 年 月 日		日		日		新規・継続		治癒・中止	
	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. ()										摘 要	
	初回		1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゆう 4. きゆう(電気温灸器併用) 5. はり・きゆう併用 6. はり・きゆう併用(電気鍼・電気温灸器併用)				円							
	2回目以降		はり				円 × 回 = 円							
			はり(電気鍼併用)				円 × 回 = 円							
			きゆう				円 × 回 = 円							
			きゆう(電気温灸器併用)				円 × 回 = 円							
			はり・きゆう併用				円 × 回 = 円							
			はり・きゆう併用(電気鍼・電気温灸器併用)				円 × 回 = 円							
			往 療 料 (2 km まで)				円 × 回 = 円							
			加 算 (km)				円 × 回 = 円							
		合 計				円								
		一 部 負 担 金 (1割・3割)				円								
		請 求 額				円								
施 術 日		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										
通院○ 住療◎														
施 術 証 明 欄		(上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計=10割)を領収しました。 平成 年 月 日 施術所名 保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 免許登録番号 はり師 施術者 住 所 免許登録番号 きゆう師 氏 名 電話												
申 請 及 び 委 任 欄		上記施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 なお、私の受ける療養費の受領方を下記代理人に委任します。 被保険者 住 所 (申請者) 氏 名 電話 代 理 人 住 所 大分県後期高齢者医療広域連合 様 氏 名												
支 払 機 関 欄		預金種別		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
		金融機関コード		支店コード										
		口座番号		口座名義人		(か)								
同 意 記 録		同意医師氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間				
						平成 年 月 日								

記入上の注意

1. 住療を要した理由及び施術に関する特記事項等は、摘要欄に記入をしてください。
2. 代理受領の場合、支払機関欄には必ず委任を受けた代理人の口座を記入してください。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を要しません。
この場合には、同意をした医師の住所・氏名、再同意年月日等を同意記録欄に記入してください。

大分県後期高齢者医療広域連合用

様式第3号 (第5条関係)

(代理受領用)												捨印							
大分県後期高齢者医療療養費支給申請書 (あんま・マッサージ用)												負担割合 8:1割 0:3割							
(平成 年 月 分)						機関番号													
保険者番号		3 9				療養を受けた者の氏名		(フリガナ)				男・女							
被保険者番号								明・大・昭 年 月 日生											
発症又は負傷年月日		年 月 日		発症又は負傷の原因及び経過				第三者行為か否か		はい・いいえ									
施 術 内 容 欄	初療年月日		年 月 日		施術期間				実日数		請求区分		転帰						
					自 年 月 日		～至 年 月 日		日		新規・継続		治癒・中止						
	傷病名又は症状																		
	マッサージ		円 ×		局所 ×		回 =		円		摘 要								
	変形徒手矯正術		円 ×		肢 ×		回 =		円										
	温罨法		円 ×				回 =		円										
	温罨法・電気光線器具		円 ×				回 =		円										
	往 療 料 (2 km まで)		円 ×				回 =		円										
	加 算 (km)		円 ×				回 =		円										
	合 計								円										
一 部 負 担 金 (1 割・3 割)								円											
請 求 額								円											
施 術 日		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															
施 術 証 明 欄		上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計=10割)を領収しました。																	
		領収証欄		施術所名				平成 年 月 日											
		免許登録番号		氏 名		① 電話													
申 請 及 び 委 任 欄		上記施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 なお、私の受ける療養費の受領方を下記代理人に委任します。																	
		被保険者住所(申請者)		氏 名		① 電話													
		代理人住所		氏 名		① 電話													
大分県後期高齢者医療広域連合 様		氏 名		① 電話															
支 払 機 関 欄		預金種別		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		金融機関名		銀行 本店		金庫 支店		農協 出張所							
		金融機関コード		支店コード		口座番号		口座名義人(カ)											
		同意医師氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間									
同意記録				平成 年 月 日															
記入上の注意																			
1. 往療を要した理由及び施術に関する特記事項等は、摘要欄に記入をしてください。																			
2. 代理受領の場合、支払機関欄には必ず委任を受けた代理人の口座を記入してください。																			
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれれば必ずしも添付を要しません。																			
この場合には、同意をした医師の住所・氏名、再同意年月日等を同意記録欄に記入してください。																			

大分県後期高齢者医療広域連合用

様式第4号（第8条、第11条関係）

第 号
年 月 日

殿

大分県後期高齢者医療広域連合
広域連合長

大分県後期高齢者医療療養費返還額決定通知書

大分県後期高齢者医療広域連合はり師、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代理受領の取扱いに関する事務取扱要綱第8条第2項及び第11条第1項の規定により、後期高齢者医療療養費の返還額を確定したので通知します。

ついては、 年 月 日までに下記金額を返還してください。

記

1 代理受領者

2 返 還 額

様式第5号（第9条関係）

第 号
年 月 日

殿

大分県後期高齢者医療広域連合
広域連合長

大分県後期高齢者医療療養費代理受領取扱中止決定通知書

大分県後期高齢者医療の代理受領について、取扱いの中止を決定いたしましたので、大分県後期高齢者医療広域連合はり師、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代理受領の取扱いに関する事務取扱要綱第9条第3項の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 施 術 所

- (1) 名称
- (2) 所在地
- (3) 開設者の氏名
- (4) 開設者の住所
- (5) 所属団体名

2 施 術 師

- (1) 氏名
- (2) 登録番号

3 中止の理由

4 中止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

5 そ の 他