

様式第26号(その2) 柔道整復

(表)

年 月分 地区担当員 取扱担当者

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号) 施術券	交付番号	この券の有効期間		日から 日まで		1 単給 2 併給	※ 地方局長 印	
	患者氏名	(歳) 男・女		居住地				
施術報酬請求明細書	指定施術者名			傷病名(部位)				指定施術者 住所 氏名 又は 名称 印
	負傷者	負傷年月日	初検年月日	施術開始	施術終了	実日数	転帰	
	(1)	年月日	年月日	年月日	年月日		治癒・中止・転医	
	(2)	年月日	年月日	年月日	年月日		治癒・中止・転医	
	(3)	年月日	年月日	年月日	年月日		治癒・中止・転医	
	(4)	年月日	年月日	年月日	年月日		治癒・中止・転医	
	(5)	年月日	年月日	年月日	年月日		治癒・中止・転医	
	経過					請求区分	新規・継続	
	初検料 円	再検料 円	往療料 km 回 円 加算(夜間・暴風雨雪)		金属副子加算(大・中・小) 円 計		円	
	加算(休日・深夜・時間外) 円		円		施術情報提供料 円		円	
整復料・固定料・施術料		(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円	
部位	通減%	通減開始月日	後療料 円 回 円	冷罨法料 回 円	温罨法料 回 円	計 円	多部位 計 円	
1	100	—	—	—	—	—	—	
2	100	—	—	—	—	—	—	
3	80 100	—	—	—	—	—	0.8 —	
4	33 80 100	—	—	—	—	—	0.33 0.8 —	
摘要			※社保負担(健・共)		有・無	割 円	本人支払額 円	
差引請求(支払)金額				※決定 円		円		

(裏)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、直ちに地方局に連絡の上、補正を受けてください。なお、連絡がない場合は、減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名（部位）」の欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」の欄にその傷病（部位）名を記入してください。なお、記入がない場合は、減額されることがありますから、注意してください。
- 4 施術券の各欄又は施術報酬請求明細書の「本人支払額」の欄若しくは「社保負担」の欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に地方局長印のないものは無効ですから地方局に返送してください。
- 5 「初検年月日」の欄には、費用負担関係にかかわらず、その傷病（部位）についての初検年月日を記入してください。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名及び押印漏れ
 - (2) 初検年月日の記入漏れ
 - (3) 往療距離の記入漏れ
 - (4) その他記載不備(記入上の注意)
※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に支援給付決定通知書（様式第9号）を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は、施術券の「この券の有効期間」の欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、「本人支払額」の欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、支援給付の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び地方局長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかにその旨を地方局長に届け出てください。
- 6 施術券は他人に譲ったり、使用させてはいけません。

注 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則の規定による支援給付にあっては、この様式中「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）」とあるのは、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則」とすること。

様式第27号 (第13条関係) 施術費給付承認書 (はり・きゅう) ・ 施術費給付請求書 (はり・きゅう)

(表)

施術費給付承認書 (はり・きゅう)

年 月分 地区担当員 ㊤ 事務取扱担当者 ㊤

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律 (平成6年法律第30号) 施術券	交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月	1 単給 2 併給
	患者氏名 (歳) 男・女		居住地	
	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		はり・きゅう師氏名	
	上記患者について、はり・きゅうの施術費給付を要することを認めます。 年 月 日			

施術費給付請求書 (はり・きゅう)

施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転帰	治癒・中止
	① 初回	1 はり 2 はり (電気針併用) 3 きゅう 4 きゅう (電気温灸器併用) 5 はり、きゅう併用 6 はり、きゅう併用 (電気針・電気温灸器併用) 円					摘要	
② 2回目以降	はり はり (電気針併用)		円×	回=	円			
	きゅう きゅう (電気温灸器併用)		円×	回=	円			
	はり、きゅう併用 はり、きゅう併用 (電気針・ 電気温灸器併用)		円×	回=	円			
③	往療料		円×	回=	円			
	加算 (キロメートル)		円×	回=	円			
書	施術日	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	請 求		※ 決 定			
	④合計金額 (①+②+③)				円	円		
	※⑤社保負担 (健・共) 有・無 割				円	円		
	※⑥本人支払額 円				円	円		
	⑦差引請求 (支払) 金額 (④-⑤-⑥)				円	円		
請 求 書	(患者氏名) _____ に係る上記明細書による施術料を請求します。 年 月 日 地方局長 様 はり・きゅう師 氏 名 ㊤							
委 任 状	上記金額の受領を _____ 師 (会) 長 (氏名) _____ に委任します。 年 月 日 はり・きゅう師 氏 名 ㊤							

(裏)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術費給付請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 施術費給付承認書の有効期間の延長を必要と認めたときは、直ちに地方局に連絡の上、補正を受けてください。なお、連絡がない場合は、減額されることがありますから、注意してください。
- 3 施術費給付承認書の各欄又は施術費給付請求明細書の「社保負担」の欄若しくは「本人支払額」の欄に必要事項の記入のないもの及び承認書に地方局長印のないものは、無効ですから、地方局に返送してください。
- 4 「初回施術年月日」の欄には、費用負担関係にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入してください。
- 5 「①初回」の欄は、該当する項目を○で囲んでください。
- 6 「摘要」の欄には、往療を要する理由等を記入してください。
- 7 施術費給付請求書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから、注意してください。
 - (1) 請求書の氏名及び押印漏れ
 - (2) 初回施術年月日及び既施術回数の記入漏れ
 - (3) 加算の対象となる往療距離の記入漏れ
 - (4) その他記載不備(記入上の注意)
※印の欄には、記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に支援給付決定通知書(様式第9号)を交付しないときは、この施術費給付承認書をもってこれに代えます。
- 2 この施術費給付承認書で施術を受けることのできる期間は、「有効期間」の欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、支援給付の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び地方局長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから、注意してください。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかにその旨を地方局長に届け出てください。
- 7 施術費給付承認書は、他人に譲ったり、使用させてはいけません。

注 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成19年法律第127号)附則の規定による支援給付にあっては、この様式中「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)」とあるのは、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成19年法律第127号)附則」とすること。

様式第28号（第14条関係） はり・きゅう受療連絡票

はり・きゅう受療連絡票

第 号
年 月 日

(指定医療機関名)

院(所)長 様

地方局長 印

次の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定により、はり・きゅうを受療することを承認したので御連絡します。

なお、下記期間中に病状の変化等により当該疾病についての医療が必要となりましたときは、直ちにその旨を当地方局に御連絡ください。当地方局からその旨を施術者に通知します。

氏 名	
承認期間	年 月 日から 年 月 日まで
傷 病 名	

注 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則の規定による支援給付にあつては、この様式中「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）」とあるのは、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則」とすること。