

生活保護法指定施術者のしおり

目次

第1	生活保護制度	2
1	生活保護とは	2
2	生活保護の種類	2
3	生活保護の実施機関	3
第2	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律について	4
1	支援給付の概要	4
2	指定医療機関及び指定施術機関の指定申請	4
第3	施術者の指定申請等の手続き	5
1	施術者の指定申請等の手続き	5
2	施術者の指定基準	8
3	指定施術者の遵守事項	9
4	施術の適正な給付	9
第4	施術の申請から施術料の支払いまで	10
1	施術の申請から施術料の支払いまで	10
2	施術の給付決定に関する書類	11
第5	施術の給付	12
1	施術の給付内容	12
2	施術料	13
3	往療	13
4	施術の給付についての医師の同意	13
Q & A		14
横浜市福祉保健センター生活支援課一覧		16
「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」の医療支援給付		17
指定医療機関担当規定		19
各書類見本及び記載の注意事項		22

※生活保護法指定施術者のしおりは随時改定されますので、横浜市のホームページで最新版をご確認ください。

第 1 生活保護制度

1 生活保護とは

生活保護は生活保護法に基づき、あらゆる努力をしてもなお生活に困っている方々に対して、国民の権利としての健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としています。生活保護制度を運営するにあたっての基本原理・原則は表 1 のとおりです。

表 1 生活保護の基本原理・原則

基本原理	目的 (法第 1 条)	困窮の程度に応じて必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としています。
	無差別平等 (法第 2 条)	すべての国民は、この法律の定める要件を満たす限り、この法律による保護を無差別平等に受けることができます。
	最低生活 (法第 3 条)	この法律により保障されている最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならないとしています。
	保護の補足性 (法第 4 条)	保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他のあらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われます。他の法律に定める扶助は生活保護に優先して行われなければなりません。
基本原則	申請保護 (法第 7 条)	保護は、要保護者、その扶養義務者、またはその他の同居の親族の申請に基づいて開始されます。ただし、要保護者が急迫した状況にあるときは、保護の申請がなくても必要な保護を行う場合があります。
	基準及び程度 (法第 8 条)	保護の基準は、厚生労働大臣が定めます。保護は、その者の金銭または物品で満たすことのできない分を補う程度において行うものとされ、最低限度の生活の需要を満たすに十分であって、かつ、これをこえないものでなければなりません。
	必要即応 (法第 9 条)	保護は、要保護者の年齢、健康状態といった等の個々の事情を考慮して行われます。
	世帯単位 (法第 10 条)	保護は世帯を単位として行われます。ただし、これによりがたいときに個人を単位とすることもあります。

2 生活保護の種類

生活保護はその内容によって 8 種類の扶助（生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助）に分けられています。

それぞれの扶助は、2 種類以上同時に支給される場合もあれば、1 つの扶助のみ支給される場合もあります。

生活保護を受けている方には病気療養を要する方も多く、健康の回復は生活保護の目的の一つである自立助長を達成するために大変重要です。

3 生活保護の実施機関

横浜市には18か所の実施機関があります。原則として、要保護者の居住地（居住地がないか、または明らかでない者については現在地）の福祉保健センター生活支援課（以下、「区生活支援課」という。）が生活保護を実施しています。

第2 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律について（以下、「中国残留邦人等支援法」という。）

1 支援給付の概要

この制度は、先の大戦に起因して生じた混乱等により、本邦に引き揚げることができず、引き続き本邦以外の地域に居住することを余儀なくされた中国残留邦人等と、長年に渡り労苦を共にしてきた特定配偶者を対象として、平成 20 年 4 月 1 日から実施されている制度です。これは、中国残留邦人等に対して、中国残留邦人等が老齢基礎年金を満額受給してもなお生活の安定が十分に図れない場合に、その中国残留邦人等及びその配偶者に対して支給されるものです。

支援給付は中国残留邦人等支援法第 14 条第 4 項の規定に基づき、生活保護法に準じた取扱いとなります。

2 指定医療機関及び指定施術者の指定申請について

中国残留邦人等支援法の医療支援給付のための診療や施術を担当する機関は、生活保護法と同様に指定を受けることとされています。そのため、平成 20 年 4 月以降、生活保護法指定申請書は中国残留邦人等支援法の医療支援給付の申請書を兼ねています。

※中国残留邦人等に対する医療支援給付の取扱いについては、本しおりの最後に添付している「『中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律』の医療支援給付の取扱い」をご参照ください。

問い合わせ先：健康福祉局生活支援課援護対策担当

TEL:045-671-2425

第3 施術者の指定申請等の手続き

1 施術者の指定申請等の手続き

生活保護法による指定施術者は、次の要件を両方満たす場合に横浜市長が指定します。

- (1) 生活保護法第49条の2第2項各号のいずれにも該当しないこと（第一号、第四号ただし書き、第七号及び第九号を除く。）
- (2) 医療扶助に基づく医療等について理解を有していると認められること

ただし、生活保護法第49条の2第3項各号のいずれかに該当する施術者については、生活保護法による指定を行わない場合があります。

生活保護法では施術者について施術者個人ごとに指定を行います。そのため、新たに指定を受けようとする施術者は、勤務先にすでに指定施術者が勤務している場合であっても、申請の手続きが必要です。必要事項を記載した申請書に施術の免許証の写しを添付し、開設者の場合は表2、それ以外の場合は表3で届け出先を確認の上、該当する手続き先に提出してください。なお、団体に所属していない場合は契約書も必要となります。開設者以外の場合で複数の施術所に勤務しているなど判断に迷う場合は局生活支援課にご相談ください。

表2 指定を受けようとする施術者が開設者の場合の手続き先

		施術所（開設所）の所在地		
		横浜市内	神奈川県内	神奈川県外
施術者（開設者）の居住地	横浜市内	横浜市	施術所の所在地	施術所の所在地
	神奈川県内	横浜市	施術所の所在地	施術所の所在地
	神奈川県外	横浜市	施術所の所在地	

表 3 指定を受けようとする施術者が開設者以外の場合の手続き先

		施術所の所在地		
		横浜市内	神奈川県内	神奈川県外
施術者の 住所地	横浜市内	横浜市	施術所の所在地	横浜市
	神奈川県内	横浜市	施術所の所在地	施術者の住所地进行 管轄する自治体
	神奈川県外	施術者の住所地进行 管轄する自治体	施術者の住所地进行 管轄する自治体	

施術者の指定については、指定医療機関の指定に準じて生活保護法第 49 条、第 50 条の 2、第 51 条、第 55 条、生活保護法施行規則第 10 条の 8、第 14 条、第 15 条、第 16 条に定められています。表 4 のような変更があった場合は、健康福祉局生活支援課に届出が必要です。また、変更届が必要な場合と、変更届に記載する新旧それぞれの内容は表 5 の通りです。

本市への届出については、横浜市電子申請・届出システムにより受付けています。詳細は次のwebページから確認してください。また、横浜市電子申請・届出システムを使用できない場合等は、従来通り本市への紙での届出を受け付けています。詳細は次のwebページから確認してください。

横浜市ホームページ⇒ビジネス⇒分野別メニュー⇒福祉・介護⇒生活保護⇒医療機関の指定について
<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/seikatsu/iryo-shitei.html>

表 4 施術者の届出が必要な事項

届出を要する事項	申請届	廃止届	変更届	休止届	再開届	辞退届	備考
施術者が初めて指定を受けるとき	○						指定を受けようとする施術の資格の免許証（写）の提出も必要です。 また、所属団体がない場合には契約書の提出も必要です。
施術者の氏名、施術機関の名称の変更			○				施術の免許証（写）及び開設の確認できる書類の提出も必要です。
勤務している施術機関を移ったとき			○				
施術者の居住地や施術機関の所在地の変更							
（１）横浜市内での変更			○				横浜市に廃止届、新しい所在地に指定申請書の提出が必要です。
（２）横浜市内から市外へ変更		○					
（３）市外から横浜市内へ変更	○						
施術者が死亡した、または失踪宣告を受けた		○					
施術者の業務の中止		○					
施術者の業務の一時休止				○			
施術者が一時休止していた業務を再開					○		
指定施術者の指定を辞退						○	辞退届を届け出た日から 30 日以上 の予告期間が必要です。
施術者が他法による処分を受けた							処分届が必要です。

表 5 変更届が必要な事項とその際記載する項目

変更する項目	新	旧
施術者の氏名	新氏名	旧氏名
名称（開設先・勤務先）	新名称	旧名称

住所（施術者・開設先・勤務先） ※施術者の場合は自宅住所	新住所	旧住所
電話番号（施術者・開設先・勤務先） ※施術者の場合は自宅の電話番号あるいは携帯番号	新電話番号	旧電話番号
開設者・開設なし（勤務）・開設なし（出張専門）・出張専門の状況の変更	新状況	旧状況
開設先の変更	新開設先の名称・ 住所・電話番号	旧開設先の名称・ 住所・電話番号
勤務先の変更	新勤務先の名称・ 住所・電話番号	旧勤務先の名称 住所・電話番号

2 施術者の指定基準

法第 49 条の 2 に定められた医療機関の指定基準が施術者に準用されるため、次の要件を満たす場合に横浜市長が指定します。

- (1) 生活保護法第 49 条の 2 第 2 項各号のいずれにも該当しないこと
- (2) 医療扶助に基づく医療等について理解を有していると認められること

ただし、生活保護法第 49 条の 2 第 3 項各号のいずれかに該当する施術者については、生活保護法による指定を行わない場合があります。

指定施術者の場合、柔道整復師、あん摩・マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の免許証を交付されていることが必要となり、また、施術機関を開設している場合は開設を届け出ていることが必要です。

施術者を指定したときは、市報に登載するとともに、生活保護法による医療扶助担当機関指定書を該当の指定施術者に交付します。

3 指定施術者の遵守事項

生活保護法及び中国残留邦人等支援法により指定された指定施術者は、次の事項を守っていただきます。これらは、指定医療機関の遵守事項の準用で、生活保護法第 50 条、生活保護法施行規則第 13 条、第 14 条、第 15 条及び指定医療機関医療担当規程に定められています。

- (1) 区生活支援課から委託を受けた患者について懇切丁寧に医療を担当してください
- (2) 指定医療機関医療担当規程を守ってください。
- (3) 患者の医療について厚生労働大臣または都道府県知事（横浜市の場合は横浜市長）の行う指導に従ってください。
- (4) 届け出が必要な事由が生じた場合には、届け出を速やかに行ってください（7～8 ページ参照）。
- (5) 患者の見やすいところに生活保護法指定施術者であることを掲示してください。

4 適正な施術の給付について

本市では適正に施術を給付するため、受療開始から 1 年以上が経過している者及び月 15 回以上の受療が 3 か月以上続いている者について、担当ケースワーカーが主治医に確認の上、その必要性や妥当性を検討することとしています。これは 1 年以上の受療や月 15 回以上の受療を認めないということではなく、最低限度の生活保障という生活保護の原理のために行っているものです。必要性等について指定施術師にもお伺いする場合がありますので、その際はご協力ください。

第4 施術の申請から施術料の支払いまで

1 施術の申請から施術料の支払いまで

施術が申請されてから施術料の支払いまでの一般的な事務手続きは施術の種類で異なります。
医師の同意の必要性については『第5 施術の給付』を参照してください。

(1) 柔道整復

- ①施術を受けたい者が区生活支援課に相談します。
- ②区生活支援課では対象疾病であること及び同時に同一疾病・同一部位・同一目的で施術と診療を同時に受けることはできないことを説明し、給付可否意見書を交付します。医師の同意が必要な場合はその旨を説明します。
- ③施術を受けたい者は医師の同意が必要な場合は医師に同意を求め、そのうえで給付可否意見書を指定施術者のもとに持参します。
- ④指定施術者は給付可否意見書の必要事項を記入し、区生活支援課に返送します。
- ⑤区生活支援課では嘱託医が書類の内容を審査し、給付の決定を行います。決定がおりると、対象者に施術費給付承認書を送付します。
- ⑥指定施術者は給付の決定がおりたことを確認し、施術を行います。
- ⑦指定施術者は施術費給付承認書に必要事項を記入し、請求をします。
- ⑧施術費給付承認書に記載された口座に区生活支援課より支払いを行います。
- ⑨初療から4か月を超えて施術を継続する場合は、給付可否意見書を再度発行しますので、区生活支援課にご連絡ください。

(2) あん摩・マッサージ及びはり・きゅう

- ①施術を受けたい者が区生活支援課に相談します。
- ②区生活支援課では対象疾病であることを確認し、給付可否意見書を交付します。
- ③施術を受けたい者は給付可否意見書を医療機関（主治医）に持参し、同意について医師に記載してもらいます。
- ④医師が記載した給付可否意見書を対象者が指定施術者に持参します。
- ⑤指定施術者は必要事項を記載し、区生活支援課に送付します。
- ⑥区生活支援課で嘱託医が書類の内容を審査し、給付の決定を行います。決定がおりると、対象者に決定通知書を送付されます。
- ⑦指定施術者は給付の決定がおりたことを確認し、施術を行います。
- ⑧区生活支援課から施術費給付承認書が送付されたら、必要事項を記入し、請求します。
- ⑨施術費給付承認書に記載された口座に区生活支援課より支払いを行います。
- ⑩初療時の医師の同意の有効期間を超えて施術を継続する場合は、区生活支援課より給付可否意見書及び施術報告書を発行します。

- ⑩指定施術者は給付可否意見書の施術者記入欄及び施術報告書の必要事項を記入し、対象者等を通じて医療機関（主治医）に送付します。主治医が施術報告書及び直近の診察の診察に基づいて再同意について判断します。
- ⑪翌月以降の施術給付承認書に施術報告書の写しを添付し、施術料と合わせて施術報告書交付料を区生活支援課に請求します。

※初療時の有効期間を超えて施術が必要な場合、給付可否意見書への施術者の代筆は認められず、医師が記載する必要があります。医師の同意の有効期間の最終月に施術者は施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入した施術報告書を医師に提出し、医師はこの報告書と直近の診察に基づいて判断し、給付可否意見書に記載します。

2 施術の給付決定に関する書類

施術の給付決定は、給付可否意見書、施術給付承認書の内容に従って行います。書類が返送されなかったり、記入に不備等があったりしますと、給付の決定ができません。速やかに施術料をお支払いするためにも必要事項を記載のうえご返送ください。

なお、記載は指定医療機関担当規定第7条に基づき、無償で行っていただくことになります。

記入方法については 23 ページ以降の記載の際の注意事項を参考にいただき、何かご不明な点がありましたら、区生活支援課にお問い合わせください。

第5 施術の給付

1 施術の給付内容

給付の範囲は、柔道整復、あん摩・マッサージ、はり・きゅうで、必要最小限度の施術を原則としています。

上記について、給付要否意見書により指定施術機関及び、同意が必要な施術について主治医に意見を求め、この意見を基に給付の要否を決定します。施術の給付対象等の取扱いは、基本的に国民健康保険の療養費の支給基準に準じます。

表6 施術の取扱い

	柔道整復	あん摩・マッサージ	はり・きゅう
対象疾病	不全骨折を含む骨折、脱臼、捻挫（挫傷）、打撲であり、内科的原因による疾患は含まれません。	患者の症状が投薬その他の治療によって効果がなく、あん摩・マッサージの施術が絶対不可欠である場合です。	慢性病であって、医師による適当な治療手段がないもの（神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰椎症、頸椎捻挫後遺症の6疾病とその類似疾病）。医療機関で医療の給付が行われている疾病はその給付期間は給付対象外です。
医師の同意	必要 ただし、打撲または捻挫の患部に手当をする場合及び脱臼または骨折の患部に応急手当をする場合は医師の同意は不要です。	必要 変形徒手矯正術を行っている場合は毎月医師の同意が必要です。	必要
給付要否意見書の提出	3か月を超えて施術を必要とするときは、3か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です	6か月を超えて施術を必要とするときは、6か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。ただし、変形徒手矯正術の場合は毎月提出が必要です。	6か月を超えて施術を必要とするときは、6か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。

2 施術料

生活保護法の指定を受ける際に交わした契約書に基づいた料金で請求を行ってください。この金額は国民健康保険の療養費の支給基準に準じているため、療養費の改定が行われるとそれに伴って改定されます。

改定が行われた際は横浜市のホームページでお知らせいたしますので、確認の上、請求を行ってください。

3 往療

往療が認められるのは、国民健康保険の療養費の支給基準と同じく、歩行困難など真に安静を必要とするやむを得ない理由等が突発的に発生したことにより通所して治療を受けることが困難な場合に、患家の求めに応じて患家に赴いて施術を行った場合に限られます。往療を必要とする理由については給付要否意見書及び施術給付承認書に記載していただきますが、状況に応じて区生活支援課より確認させていただく場合がありますので、その際はご協力ください。

なお、あん摩・マッサージ、はり・きゅうにおいて、治療上真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合(往療料の支給が行われる場合を除く。)に、患家の求めに応じて患家に赴き定期的ないし計画的に施術を行った場合には訪問施術料を支給します。

4 施術の給付についての医師の同意

生活保護受給者が医師の同意が必要な施術を受ける場合、区生活支援課は主治医の同意の有無を主治医の給付要否意見書への記載で確認します。当初の有効期間を超えて施術が必要な場合、施術者は各有効期間の 終月に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入した施術報告書を作成し、原本を患者等を通して、あるいは直接主治医に交付し、写しを施術給付承認書に添付して区生活支援課へ送付してください。また、施術報告書交付料として施術報告書作成月もしくはその翌月に施術料とともに請求してください。なお、施術報告書は医師の再同意のために作成するものであることから、有効期間内に複数回作成したとしても、施術報告書交付料を請求できるのはその有効期間内で1回限りとなります。

Q & A

1 「給付要否意見書」とはなんですか。

(答)

施術の要否について指定施術者、及び必要に応じて指定医療機関に同意を求めるための書類です。区生活支援課に返送されたら区生活支援課の嘱託医が審査を行い、そのうえで給付決定を行います。

2 「施術給付承認書」とはなんですか。

(答)

施術料の請求のための書類です。給付決定後、区生活支援課よりお送りします。22 ページ以降の記載の際の注意事項を参考に記載のうえ、区生活支援課に返送してください。

3 給付要否意見書や施術給付承認書はいつ頃送られてきますか。

(答)

給付要否意見書は原則として施術を受けたい者より区生活支援課に申請があってからその者に交付する書類です。ご不明な点等ありましたら、区生活支援課までご相談ください。

施術給付承認書は、必要事項が記載された給付要否意見書について、審査後、決定が下りた場合に区生活支援課よりお送りいたします。

4 施術料はどのように支払われますか。

(答)

指定施術者が記載した施術給付承認書を区生活支援課で確認のうえ、施術給付承認書に記載された口座に振り込みます。

5 区生活支援課より往療の必要性について問い合わせがありました。生活保護受給者への往療は認められないのですか。

(答)

生活保護受給者への往療が認められないということではありません。

国民健康保険の療養費の支給基準と同じく、往療が認められるのは歩行困難など真に安静を必要とするやむを得ない理由等が突発的に発生したことにより通所して施術を受けることが困難な場合に限られます。往療を必要とする理由については給付要否意見書及び施術給付承認書に記載していただきますが、状況に応じて区生活支援課より確認させていただく場合がありますので、その際はご協力ください。

6 生活保護受給者は生活保護以外の医療の法律は使用することができないのですか。併用して利用できる医療の法律には、どのようなものがありますか。

(答)

生活保護受給者は国民健康保険法第6条の規定により国民健康保険の適用除外となっていますが、健康保険法等には加入することができます。社会保険併用の場合には区生活支援課よりご案内します。

区生活支援課一覧

	所在地	電話	公費負担者番号
鶴見福祉保健センター生活支援課	〒230-0051 鶴見区鶴見中央 3-20-1	510-1782	12141016
神奈川福祉保健センター生活支援課	〒221-0824 神奈川区広台太田町 3-8	411-7105	12141024
西福祉保健センター生活支援課	〒220-0051 西区中央 1-5-10	320-8407	12141032
中福祉保健センター生活支援課	〒231-0021 中区日本大通 35	224-8241	12141040
南福祉保健センター生活支援課	〒232-0024 南区浦舟町 2-33	341-1203	12141057
港南福祉保健センター生活支援課	〒233-0003 港南区港南 4-2-10	847-8404	12141065
保土ヶ谷福祉保健センター生活支援課	〒240-0001 保土ヶ谷区川辺町 2-9	334-6314	12141073
旭福祉保健センター生活支援課	〒241-0022 旭区鶴ヶ峰 1-4-12	954-6104	12141081
磯子福祉保健センター生活支援課	〒235-0016 磯子区磯子 3-5-1	750-2405	12141099
金沢福祉保健センター生活支援課	〒236-0021 金沢区泥亀 2-9-1	788-7814	12141107
港北福祉保健センター生活支援課	〒222-0032 港北区大豆戸町 26-1	540-2329	12141115
緑福祉保健センター生活支援課	〒226-0013 緑区寺山町 118	930-2318	12141123
青葉福祉保健センター生活支援課	〒225-0024 青葉区市ヶ尾町 31-4	978-2446	12141172
都筑福祉保健センター生活支援課	〒224-0032 都筑区茅ヶ崎中央 32-1	948-2311	12141180
戸塚福祉保健センター生活支援課	〒244-0003 戸塚区戸塚町 16-17	866-8431	12141131
栄福祉保健センター生活支援課	〒247-0005 栄区桂町 303-19	894-8400	12141156
泉福祉保健センター生活支援課	〒245-0024 泉区和泉中央北 5-1-1	800-2400	12141164
瀬谷福祉保健センター生活支援課	〒246-0021 瀬谷区二ツ橋町 190	367-5705	12141149

「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」の医療支援給付の取扱い

生活保護法による医療機関の指定申請は、生活保護法の規定に基づき、指定等の手続きを行っておりますが、平成 19 年 12 月に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改正が行われたことにより、平成 20 年 4 月 1 日より中国残留邦人等に対する医療支援給付等が創設され、生活保護法に準じた扱いがされることとなりました（平成 26 年 10 月より、法律名が「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」（以下、「中国残留邦人等支援法」という。）に変更となっています。）。

そのため、平成 20 年 4 月 1 日以降の新規指定については、生活保護法の指定申請と中国残留邦人等支援法による医療支援給付を同時に指定します。つきましては、中国残留邦人等支援法の医療支援給付の取扱いにご理解とご協力をお願いいたします。

1 医療支援給付の概要

医療支援給付の範囲や診療報酬等は、基本的に生活保護法の医療扶助の取扱いを準用します。支援給付の対象者は、生活保護受給者と同様に、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の用除外となることから、被用者保険や他法他施策により医療給付がなされる場合を除き、医療費の全額が医療支援給付の対象となります。

2 医療支援給付の対象者

中国残留邦人等支援法により老齢基礎年金の満額支給を受けてもなお生活の安定しない中国残留邦人等及びその配偶者で横浜市から支援給付決定を受けている者。

3 医療支援給付の給付手続き

医療支援給付は、本人の申請に基づき、必要に応じて医師の要否意見書をいただいた上で、実施機関において給付の決定を行います。

給付の手続きについては、医療扶助と異なり、「支援給付の実施機関は医療機関に対して直接医療券を交付すること」とされています。そのため、医療券の発行については原則、実施機関と医療機関で直接やりとりを行うこととなり、患者本人は医療機関に医療券を持参しません。

本市においては、国の指針に従い支援給付対象者に「本人確認証」を発行しています。医療機関窓口においては、本人確認証により本人確認を行った上で受診していただくことになりますので、ご配慮をお願いします。また医療券の送付や受診については速やかに連絡いただくようお願いします。

4 医療支援給付に係る報酬の審査支払い

診療報酬の支払審査業務は、生活保護同様に社会保険診療報酬支払基金に委託しています。公費負担者番号の法別番号は「25」です。

5 実施機関

横浜市健康福祉局生活支援課援護対策担当

6 本人確認証について

横浜市では下記の通り、本人確認証を発行しています。

なお、他市が発行する本人確認証には、横浜市が発行するものと異なる場合があります。

(表面)

本人確認証		No. _____
写真	氏名 生年月日 性別 住所	
縦: 30mm 横: 25mm	上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定難民等の自立の支援に関する法律(平成9年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。	
発行日	横浜市長	
この確認証の有効期間は、 から	○× 太郎	までとする。

(裏面)

(注意)

- (1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。
- (2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出てください。
- (3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。
 - ① 本人が支援給付を受けなくなったとき。
 - ② 確認証の記載事項に変更があったとき。
 - ③ 確認証の有効期間が満了したとき。
 - ④ 確認証が使用に耐えなくなったとき。
 - ⑤ 確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。
- (4) 国庫機関で受給する際には、この確認証を窓口に表示してください。

(実施機関)

所在地 横浜市中区港町Ⅱ-1

連絡先 横浜市健康福祉局生活福祉部

電話番号 045-651-7777(直通)

※備考

- (1) 再発行の場合は、再発行と表示する。
 - (2) フィルムで完全密封する。
 - (3) サイズはカードサイズ(86 mm×54 mm)とする。
 - (4) 有効期限は原則2年ごと(偶数年の4月)に更新し、発行する。
- (※新規支援対象者を除く)

7 その他

中国残留邦人支援給付に関することについては、下記にお問い合わせください。横浜市健康福祉局援護対策担当

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10

TEL 651-7777(相談員直通) / 671-2425

FAX 664-0403

指定医療機関医療担当規程

昭和 25 年 8 月 23 日 厚生省告示第 222 号

改正 平成 30 年 9 月 28 日 厚生労働省告示第 344 号

生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 50 条第 1 項の規定により、指定医療機関医療担当規程を次のとおり定める。

指定医療機関医療担当規程

（指定医療機関の義務）

第 1 条 指定医療機関は、生活保護法（以下「法」という。）に定めるところによるのほか、この規程の定めるところにより、医療を必要とする生活保護受給者（以下「患者」という。）の医療を担当しなければならない。

（医療券及び初診券）

第 2 条 指定医療機関は、保護の実施機関の発給した有効な医療券（初診券を含む。以下同じ。）を所持する患者の診療を正当な事由がなく拒んではならない。

第 3 条 指定医療機関は、患者から医療券を提出して診療を求められたときは、その医療券が、その者について発給されたものであること及びその医療券が有効であることをたしかめた後でなければ診療をしてはならない。

（診療時間）

第 4 条 指定医療機関は、自己の定めた診療時間において診療するほか、患者がやむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、患者のために便宜な時間を定めて診療しなければならない。

（援助）

第 5 条 指定医療機関が、患者に対し次に掲げる範囲の医療の行われることを必要と認めたときは、速やかに、患者が所定の手続きをすることができるよう患者に対し必要な援助を与えなければならない。

- 一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 二 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 三 移送
- 四 歯科の補てつ

（後発医薬品）

第6条 指定医療機関の医師又は歯科医師（以下、「医師等」という。）は、投薬又は注射を行うに当たり、後発医薬品（法第34条第3項に規定する後発医薬品をいう。以下同じ。）の使用を考慮するよう努めるとともに、投薬を行うに当たっては、医学的知見に基づき後発医薬品を使用することができると認められた場合には、原則として、後発医薬品により投薬を行うものとする。

2 指定医療機関である薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

3 指定医療機関である薬局の薬剤師は、処方せんに記入された医薬品に係る後発医薬品が保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第9条の規定による厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方せんを発行した医師等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、指定医療機関である薬局の薬剤師は、原則として後発医薬品を調剤するものとする。

（証明書等の交付）

第7条 指定医療機関は、その診療中の患者及び保護の実施機関から法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。

2 指定医療機関は患者の医療を担当した場合において、正当な理由がない限り、当該医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。

（診療録）

第8条 指定医療機関は、患者に関する診療録に、国民健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記入し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

（帳簿）

第9条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類を完結の日から5年間保存しなければならない。

（通知）

第10条 指定医療機関が、患者について左の各号の一に該当する事実のあることを知った場合には、すみやかに、意見を附して医療券を発給した保護の実施機関に通知しなければならない。

一 患者が正当な理由なくして、診療に関する指導に従わないとき。

二 患者が詐偽その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

（指定訪問看護事業者等に関する特例）

第11条 指定医療機関である健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護

を行う者に限る。) にあつては、第5条の規定は適用せず、第8条中「関する診療録」とあるのは

「対する指定訪問看護の提供に関する諸記録」と、「国民健康保険の例によつて」とあるのは「国民健康保険又は後期高齢者医療の例によつて」と、「診療録と」とあるのは「諸記録と」と、それぞれ読み替えて適用するものとする。

(薬局に関する特例)

第12条 指定医療機関である薬局にあつては、第5条の規定は適用せず、第8条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用するものとする。

(準用)

第13条 第1条から第10条までの規定は、医療保護施設が患者の診療を担当する場合に、第1条から第5条まで及び第7条から第10条までの規定は、指定助産機関又は指定施術者が被保護者の助産又は施術を担当する場合に、それぞれ準用する。

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

施術（柔道整復）

ケース番号		員番	0 1	継続	※ 受理年月日	平成	年	月	日	
※（平成 年 月 日以降の） （氏名） (S . .) にかかる 施術（柔道整復） の給付の要否について意見を求めます。 平成 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長 院（所）長様										
要 否 意 見 （ 柔 道 整 復 師 記 載 欄 ）	傷 病 名（部 位）	初検年月日		転帰（継続の場合）		傷病の程度及び給付を 必 要 と す る 理 由				
	(1)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続		できるだけ詳しく ご記入ください。				
	(2)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続						
	(3)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続						
	(4)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続						
	(5)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続						
	(6)	平成 年 月 日		治癒・中止・継続						
	療養(治ゆ)見込期間		概 算 見 積 額（初 検 時 又 は 4 か 月 目 以 降）							
	か月 又は 日間		1 月 目	円	2 月 目	円	3 月 目	円		
	（患者氏名） について上記のとおり、給付を（1 要する 2 要しない） と認めます。 平成 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長 宛 指定施術機関の所在地及び名称 院（所）長									
医師同意	（注）脱臼又は骨折（応急手当を除く。） の場合のみ同意が必要									
※嘱託医意見										

※指定施術者名

※発行取扱者

（記載注意）

- 1 転帰「（継続の場合）」欄は、3 か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲んでください。
- 2 「療養（治ゆ）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時（3 か月を超えて療養を必要とする場合は4 か月以降）の療養（治ゆ）見込期間及び概算見積額を記載してください。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えありません。
- 4 ※印欄は福祉保健センターで記入します。
- 5 患者に後日施術券が交付された場合は、その施術券（施術報酬請求書明細書）で請求してください。
 なお、この場合、初療料等の徴収額がその施術券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返してください。

生活保護法による施術費給付承認書(柔道整復)

バーコード

(令和 年 月分)

ケース番号	員番	保護開始	地区	担当
交付番号	この券の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
他法	社保			
患者氏名	(歳)	居住地		
指定施術者名	傷病名 (部位)			
地区担当員名	上記患者について柔道整復の施術費給付を要することを認めます。 令和 年 月 日 長			

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	○ 負 傷 名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始	○施術終了	○実日数	○継続月数	○ 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							
	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による														
	経過							請求区分	新 規・継 続						
	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													
	初検料	円	初検時相談 支援料	円	往療料 Km 回	円	金属副子等 加算	回	円	施術情報 提供料	円	明細書発 行体制加 算	円	計	円
	加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算(夜間・難路・ 暴風雨雪)	円	柔道整復 運動後療料	回	円		円		円		
	整復料・固定料・ 施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円	計	円					
	部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回	冷電法料 円 回	温電法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多 部位	計 円	長期 頻回	計 円			
	(1)	100	――						――	――					
	(2)	100	――						――	――					
(3)	60	――						0.6	――						
(4)	100							――	――						
(4)	60							0.6	――						
(4)	100							――	――						
摘要	往療が必要な場合は、その理由を摘要欄 に記載してください。						合 計	――						円	
金属副子等 加算日	1 回目	2 回目	3 回目	※社保負担(健・共) 有・無 割				――					円		
柔道整復運動 後療料加算日	日	日	日	日	日	日	本人支払額	※					円		
明細書発行体制加算	加算日	日	差引請求 (支払)金額				――						円		
決定金額							※						円		

(患者氏名)

に係る上記明細書による施術料を請求します。

長 宛 年 月 日

請求者氏名

住所

振込先金融機関

銀行

支店 普通 当座

口座番号

口座名義人

備考 ※は福祉保健センター使用欄

請求書
番号

請求書
番号

業者コード

業者コード

(柔道整復)

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右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額です。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たときは、ただちに福祉保健センターに連絡の上補正をうけてください。この場合連絡がないと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）」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、この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入がないもの及び施術券に福祉保健センター長印のないものは無効ですから、福祉保健センターに返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、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 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
 - (1) 歩行困難等真にやむを得ない理由
 - (2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
 - (3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
 - (4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 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) 請求者の氏名及び捺印もれ
 - (2) 初検年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (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、別に保護変更決定通知書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」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額です。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保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉保健センター長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終ったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉保健センターに届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

施術（あん摩・マッサージ）

ケース番号		員番	01		※ 受理年月日	年	月	日		
※（ 年 月 日以降の） （氏名）（ ） にかかる施術（あん摩・マッサージ）の給付の要否について意見を求めます。 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長 院（所）長様									※指定施術者名	
要 否 意 見 （ 施 術 者 記 載 欄 ）	傷病名（部位）	初療年月日	転帰（継続の場合）		傷病の程度及び給付を必要とする理由					
	(1)	傷病名だけでなく部位も必ずご記入ください。	年 月 日	治癒・中止・継続		できるだけ詳しくご記入ください。				
	(2)		年 月 日	治癒・中止・継続						
	(3)		年 月 日	治癒・中止・継続						
	(4)		年 月 日	治癒・中止・継続						
	(5)		年 月 日	治癒・中止・継続						
	(6)		年 月 日	治癒・中止・継続						
	療養（治ゆ）見込期間		概算見積額（初療時又は7か月目以降）							
	か月又は 日間		1月目	円	2月目	円	3月目	円		
			4月目	円	5月目	円	6月目	円		
往療が必要な場合その理由										
(患者氏名) について上記のとおり、給付を（1 要する 2 要しない）と認めます。 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長 宛 指定施術機関（施術者）の所在地及び名称 院（所）長										
医師同意	同意年月日	年 月 日							※発行取扱者名	
	指定医療機関名	「医師同意」については、必ず同意をする医師がご記載ください。								
	所在地									
	医師氏名									
	注意事項等	(施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)								
※嘱託医意見										

（記載注意）※変形徒手矯正術の場合の医師の同意の有効期間は1か月ですのでご注意ください。

1 施術を行う場合は事前に医師の同意を得る必要があります。

2 転帰「（継続の場合）」欄は、6か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲んでください。

3 「療養（治ゆ）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初療時（6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月以降）の療養（治ゆ）見込期間及び概算見積額を記載してください。

4 ※印欄は福祉保健センターで記入します。

5 患者に後日施術券が交付された場合は、その施術券（施術報酬請求書明細書）で請求してください。

なお、この場合、初療料等の徴収額がその施術券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返してください。

様式番号

生活保護法による施術費給付承認書(あん摩・マッサージ)

バーコード

(年 月分)

ケース番号		員番		保護開始		地区		担当	
生活保護法 施術券	交付番号	この券の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで						
	他法							社保	
	患者氏名 (歳)						居住地		
	指定施術者名						傷病名 (部位)		
	地区担当員名	上記患者についてあん摩・マッサージの施術費給付を要することを認めます。 年 月 日 長							

施術報酬 請求明細書	初回施術 年 月 日	年 月 日										実日数	日 転 帰										治 療 ・ 中 止										
	施 術 料	①マッサージ (施術料)	同意部位	(軀幹)		(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																							
			施術回数	回	回	回	回	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																														
		②温電法 (加算)	円 × 回 = 円																														
		③温電法・電気光線器具 (加算)	円 × 回 = 円																														
		④変形徒手矯正術 (加算)	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
	施術回数		回	回	回	回																											
	⑤特別地域 (加算)	円 × 回 = 円																															
	⑥往療料	円 × 回 = 円																															
	⑦施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 = 円																															
施術日	訪問 1 ①	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○	訪問 2 ②																																
往療◎	訪問 3 ③	月																															
○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 ())																																	
⑧ 合 計 金 額(①+②+③+④+⑤+⑥+⑦)		請 求										※ 決 定																					
		円										円																					
※ ⑨ 社保負担 (健・共)		有 ・ 無 割										円																					
※ ⑩ 本人支払額		円										円																					
⑪ 差 引 請 求 (支 払) 金 額 (⑧-⑨-⑩)		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。																																
	長 宛 年 月 日																																
	指定施術者名 住所 振込先金融機関 銀行 支店 普通 当座 フリガナ 口座番号 口座名義人																																

請求書 業者コード

(あん摩・マッサージ)

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」欄記入の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たときは、ただちに福祉保健センターに連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと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）」欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについて施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名、または往療を必要とした理由等を記入してください。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉保健センター長印のないものは無効ですから福祉保健センターに返送してください。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病（部位）についての初回施術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次の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) 請求者の氏名及び捺印もれ
- (2) 初回施術年月日の記入もれ
- (3) 往療距離の記入もれ
- (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、別に保護変更決定通知書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」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は施術報酬請求明細書の「本人支払額」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保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉保健センター長の指示、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、すみやかにその旨を福祉保健センターに届け出てください。
- 6 施術券は他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

施 術（ は り ・ き ゅ う ）

ケース番号		員番	0 1		※ 受理年月日	平成	年	月	日			
※（平成 年 月 日以降の） （氏名）（S . . . ） にかかる 施術（はり・きゅう） の給付の要否について意見を求めます。 平成 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長 院（所）長様										※指定施術者名		
要 否 意 見 （ 施 術 者 記 載 欄 ）	傷 病 名（部 位）		初療年月日		転帰（継続の場合）		傷病の程度及び給付を 必 要 と す る 理 由					
	(1)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続		できるだけ詳しく ご記入ください。					
	(2)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続							
	(3)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続							
	(4)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続							
	(5)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続							
	(6)		平成 年 月 日		治癒・中止・継続							
	療養(治ゆ)見込期間			概 算 見 積 額（初 療 時 又 は 7 か 月 目 以 降）								
	か月又は 日間			1 月 目		円	2 月 目		円	3 月 目		円
				4 月 目		円	5 月 目		円	6 月 目		円
往療が必要な場合その理由			往療が必要な場合はその理由をご記入ください。									
(患者氏名)			について上記のとおり、給付を（1 要する 2 要しない） と認めます。 平成 年 月 日 横浜市 福祉保健センター長									
			必ず医師が記載してください。									
医 師 同 意	同 意 年 月 日		平成 年 月 日							※発行取扱者名		
	指定医療機関名											
	所 在 地											
	医 師 氏 名											
	注意事項等		(施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意)									
※嘱託医意見										印		

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は事前に医師の同意を得る必要があります。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6 か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲んでください。
- 3 「療養(治ゆ)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初療時(6 か月を超えて療養を必要とする場合は7 か月以降)の療養(治ゆ)見込期間及び概算見積額を記載してください。
- 5 ※印欄は福祉保健センターで記入します。
- 6 患者に後日施術券が交付された場合は、その施術券(施術報酬請求書明細書)で請求してください。
なお、この場合、初療料等の徴収額がその施術券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返してください。

様式番号

生活保護法による施術費給付承認書(はり・きゅう)

(令和 年 月分)

バーコード

ケース番号		員番		保護開始		地区		担当	
生活保護法 施術券	交付番号	この券の有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			施術開始日		令和 年 月	
	他法				社保				
	患者氏名			居住地					
	(歳)								
	はり・きゅう師氏名			傷病名					
地区担当員名	上記患者についてははり・きゅうの施術費給付を要することを認めます。								長
	令和 年 月 日								

施 術 報 酬 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 検 料				円				摘 要																								
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																
	施 術 料	②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 (3～9人)				円×	回＝	円																									
		訪問施術料 3 (10人以上)				円×	回＝	円																									
		③電療料(加算)				円×	回＝	円																									
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																	
④特別地域(加算)				円×	回＝	円																											
⑤ 往療料				円×	回＝	円																											
⑥ 施術報告書交付料				円×	回＝	円																											
(前回支給： 年 月分)																																	
施術日	訪問1①		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○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③	月																															
○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())																																	
⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥)				請 求				※ 決 定																									
				円				円																									
※⑧ 社保負担(健・共) 有・無				割				円				円																					
※⑨ 本人支払額				円				円				円																					
⑩ 差 引 請 求 (支 払) 金 額 ((⑦-⑧-⑨))				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		長 宛	
	(はり・きゅう師名)		住 所 氏 名	
委 任 状	振込先金融機関		銀行 支店 普通 当座	
	口座番号		フリガナ 口座名義人	
	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。		年 月 日	
(はり・きゅう師名)		氏 名		⑩

(はり・きゅう)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 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」欄記入の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たときは、ただちに福祉保健センターに連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉保健センター長印のないものは無効ですから福祉保健センターに返送してください。
- 4 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、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。また、「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んでください。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を記入してください。
- 6 施術報酬請求明細書について次の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) 請求者の氏名及び捺印もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (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、別に保護変更決定通知書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」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は施術報酬請求明細書の「本人支払額」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保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉保健センター長の指示、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、すみやかにその旨を福祉保健センターに届け出てください。
- 7 施術券は他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

施術報告書

先生

以下の通り、施術の状況をご報告いたします。

本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否についてご判断いただきますようお願いいたします。

ご不明の点や特段の注意事項等ありましたら、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	
施術の内容	施術の継続に当たっての医師の再同意の判断材料となりますので、できるだけ詳しくご記入ください。
施術の頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名
施術所所在地
電話番号
施術者氏名