

施術担当者各位

長崎県後期高齢者医療広域連合
事務局長 松下 貞行
(公印省略)

はり、きゅう施術費助成の対象となる施術上の留意事項について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

標記については、次のとおりですので、その取扱いに遺憾のないようご配慮願います。

記

1. 施術回数の確認等について

(1) 被保険者に対して助成の対象となる施術を行う前に、当月の他の施術担当者による施術の実施確認を必ず行い、被保険者当たりの助成対象回数(1日1回、1ヶ月5回)を超過することのないように努めること。

(2) 助成対象回数を超えた施術については、施術担当者の施術師団体への所属状況により下記のとおり調整する。

ア. 当該被保険者に対する施術の全部が同一団体に属する施術担当者による施術である場合は、減額査定する。

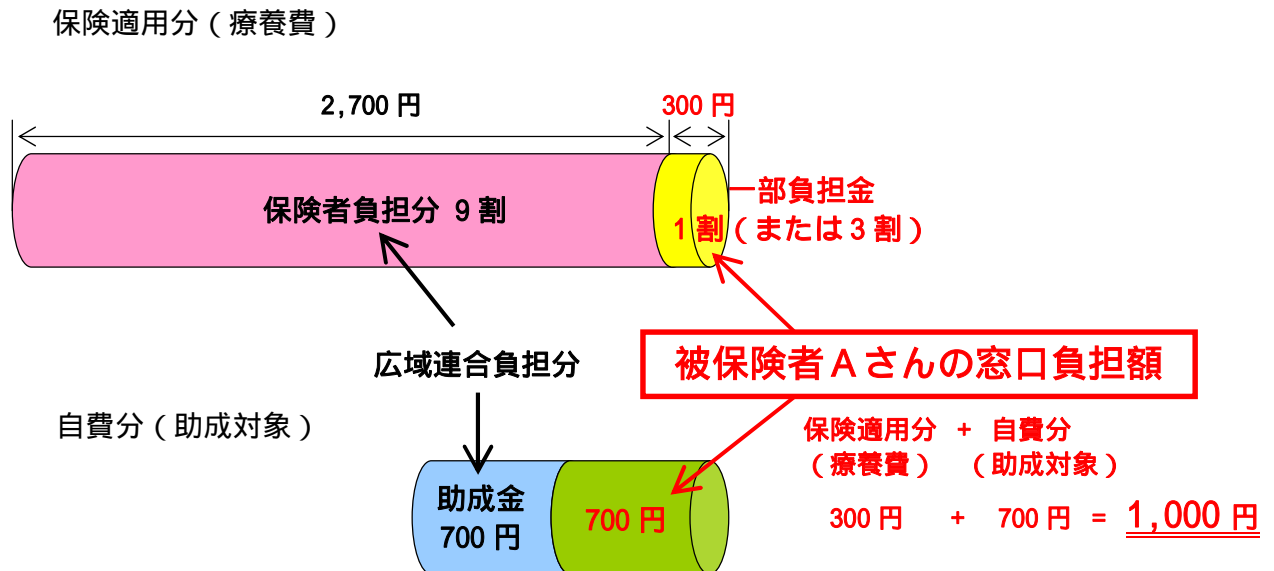
イ. 上記ア以外の場合は、申請に基づく助成金を交付し、超過分の施術に係る助成金相当分については不当利得として、広域連合から当該被保険者に対して返還請求を行う。

2. 保険適用となる施術との併用について

保険適用となる施術と助成の対象となる施術の併用は、原則的には助成対象として認めていない。ただし、被保険者が保険適用外の症状を訴え、かつ、保険適用となる施術を行う部位と異なる部位に対する施術を自費診療として希望される場合に限り、助成対象として認めているところであるが、この場合、施術内容の区別、効果、助成内容及び各費用負担等について、被保険者に対して明確な説明を行うとともに、後々のトラブルを防ぐためにも、必ず併用することの了解を得た上でそれぞれの施術を行うこと。

なお、このとき、被保険者の費用負担は、保険適用分に係る一部負担金（1割または3割）に助成対象分から1回当たりの助成額（700円）を控除した額を加えた額になること。【下記事例参照】

例）ある日、被保険者Aさんが受けた施術の費用内訳
 （保険適用分（療養費）3,000円、自費分（助成対象）1,400円の場合）



3. その他

(1) はり、きゅう施術費助成金交付申請書について
 月毎に作成し、当該月の明細書を添えて申請すること。

(2) はり、きゅう施術明細書について

必要事項を漏れなく正確に記載すること。

「施術担当者/氏名」欄には、漏れなく押印すること。

「被保険者署名又は確認印」欄には、必ず月1回以上、被保険者からの押印
 または署名（フルネーム）をいただくこと。

【お問い合わせ先】

長崎県後期高齢者医療広域連合 事業課

電話： 095-816-3930

F A X： 095-823-2425

メール： jigyuu@kouiki.ecweb.jp

WEB： <http://www.kouiki.ecweb.jp/>