別添１（別紙１）

同　意　書　(はり及びきゅう療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日
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．その他（　　） ※　１～６は、当てはまるものに〇をつけて下さい。 ７は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
発病年月日	昭・平・令　年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（〇をつけて下さい）	
診　察　日	令和　年　月　日	
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下さい（任意）	

□同意書交付の留意点（裏面）を確認しました。

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名

※　保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

（裏面）

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

1　患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。

2　はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、

ア　神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄１～６）

イ　ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。（「病名」欄７）

ウ　ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。

3　同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。

4　来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。

※　これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第 17 条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。

5　はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

6　保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、６ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

7　上記６の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。

8　上記６の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※　この同意書は、「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の支給の留意事項等について」（平成 16 年 10 月 1 日付保医発第 1001002 号）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添１（別紙２）

診　断　書　(はり及びきゅう療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
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．その他（　　） ※　１～６は、当てはまるものに○をつけて下さい。 ７は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。	
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
診察区分	初　診　・　再　診　（○をつけて下さい）	
診　察　日	令和　　年　　月　　日	
症　状 （主訴を含む）		
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保　険　医　氏　名

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。