

31 東広総総第 1137-3 号  
令和 2 年 3 月 2 日

東京都後期高齢者医療広域連合  
情報公開・個人情報保護審議会会長 様

東京都後期高齢者医療広域連合長  
山崎 孝明

令和元年度諮問第 8 号

東京都後期高齢者医療広域連合情報公開・個人情報保護審議会条例第 2 条に基づき  
下記の事項について諮問します。

記

1 外部委託の可否について（個人情報保護条例第 6 条）

債権管理業務及び保険給付業務に係る人材派遣について

○東京都後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例

(委託等に係る措置)

**第6条** 実施機関は、個人情報収集し、又は保有個人情報を管理し、若しくは利用する業務の処理を広域連合の機関以外のものに委託しようとするときは、あらかじめ東京都後期高齢者医療広域連合情報公開・個人情報保護審議会条例（平成19年東京都後期高齢者医療広域連合条例第6号）に基づく東京都後期高齢者医療広域連合情報公開・個人情報保護審議会（以下「審議会」という。）の意見を聴くとともに、その委託契約等において、個人情報を保護するために必要な措置を講じなければならない。

## 債権管理業務及び保険給付業務に係る人材派遣について

## 1. 目的

令和2年2月に施行された「東京都後期高齢者医療広域連合債権管理条例」において、債権管理の一層の適正化が求められている。そのため、保険課給付係及び点検係の債権管理にかかる各種の入力事務等について、効率的かつ適切に執行するために、業務の多寡に応じて、労働者の派遣を委託する。

## 2. 内容

委託契約により派遣労働者は、主に以下の業務に係る事務補助を行う。  
本事務に従事するにあたり、派遣労働者は当広域連合職員（以下、職員という。）と同等の個人情報を扱う場合がある。

## (1) 債権管理業務

- I 債権管理に係る資料作成の事務
- II 不当利得請求事務（負担割合相違分・資格喪失分・割合内区分相違分）
- III 不正・不当利得請求事務（医療機関分）
- IV 第三者行為求償事務
- V レセプト二次点検
- VI 診療報酬明細書等開示事務
- VII その他給付係及び点検係の各種郵送業務及び都庁交換便等に係る事務

## (2) 保険給付業務

- I 療養費関連業務
- II 高額療養費関連業務
- III 高額介護合算療養費関連業務
- IV 医療費等通知事務

なお、詳細については仕様書（別紙1）、労働者派遣契約条項（別紙2）を参照。

## 3. 派遣人数

2人（内1名は、原則月10日間勤務。もう1名は、原則月20日間勤務とする。）

## 4. 取扱う個人情報等

## (1) 被保険者に関する情報

保険者番号、被保険者番号、世帯番号、生年月日、年齢、氏名、性別、郵便番号、住所、資格取得・喪失年月日、負担割合、所得区分、送付先管理情報

## (2) レセプトに関する情報

病歴、健康状態、障害、傷病名、傷病名部位、診療開始日、転帰、診療実日数、初診料、再診料、入院料、医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、入院、食事療養・生活療養関係、処方月日、調剤月日、処方、調剤数量、調剤基本料、時間外加算、薬学管理料、療養の給付、公費、食事療養・生活療養、入外区分、医療機関名、一部負担額、過誤情報、再審査情報、在宅受診料、決定点数、費用額、患者負担額、請求年月、診療年月、電算管理番号、状態

(3) 療養費支給に関する情報（各種療養費支給申請書等に関する情報）

扱う個人情報が多岐にわたるため、別紙療養費支給関連業務申請様式を参照。

別紙様式のほかに、被保険者から提出された領収書、パスポートの写し、診療報酬明細書（海外の医療機関で作成されたもの）の翻訳文に記載された情報、電算管理番号

(4) 高額療養費支給に関する情報

高額療養費支給額（支給予定額）、高額療養費支給予定日、対象診療年月、入金方法  
入金先金融機関名及び支店名

(5) 高額介護合算療養費支給に関する情報

医療負担額、介護負担額、医療支給額、介護支給額、入金先金融機関名、支店名

(6) 高額療養費（外来年間合算）支給に関する情報

医療負担額、医療支給額、入金先金融機関名、支店名

5. 個人情報取扱いの流れ

(1) 債権管理業務

I 職員と同等の個人情報を扱う業務

① 第三者行為求償事務にかかる給付制限登録

被害者である被保険者が事故日以降に受けた医療に係るレセプト情報について、標準システムに登録され次第、全件を高額療養費の計算対象から除外する処理を行う。

② 不正・不当利得請求事務（医療機関分）にかかる返還同意書及び返還内訳書の内容確認

東京都等から通知を受けた返還同意書及び返還内訳書に記載されている被保険者の資格情報（氏名・被保険者番号・給付割合）及びレセプト情報について、標準システムに登録されている情報と相違がないか確認を行う。

③ 通知文書発送業務にかかる送付先の確認

債権管理を行うにあたり発生する被保険者への通知文書の送付先（住所・氏名）について、標準システムに登録されている被保険者の資格情報と相違がないか確認を行う。

II 補助的業務

① 第三者行為求償事務にかかる委託書類作成支援

第三者行為求償事務を東京都国民健康保険団体連合会に委託するにあたり、届出書類の写しを、コピー機を用いて作成する。

また上記、委託にかかる「委託書」及び「委任状」（すべて、加害者及ぶ被害者の氏名等が記載されている）に広域連合長印を押す。

② 第三者行為求償事務の代位取得通知の発送にかかる封入作業

事故の被害者（被保険者）、加害者、加害者加入の損害保険会社が記載された代位取得通知の封入を行う。

(2) 保険給付業務

I 職員と同等の個人情報扱う業務

① 医療費等通知書発行・再発行の申請にかかる作成業務

被保険者から提出された「医療費等通知書再発行・発行申請書」に記載されている被保険者の資格情報（被保険者番号・氏名・生年月日・住所）が標準システムに登録されている情報と相違がないか確認を行う。

相違がない場合は、医療費等通知書作成作業に移行する。

平成 29 年 6 月以前の診療分が記載された医療費等通知書を作成する場合は、標準システムに登録された当該被保険者のレセプト情報をコピーし、専用の Excel ファイルに貼り付け、医療費等通知書を作成する。

平成 29 年 7 月以降の診療分が記載された医療費等通知書を作成する場合は、全被保険者の医療費等通知書の PDF ファイルが格納されたポータブルハードディスクを用いて、当該被保険者の医療費等通知書の PDF データを特定し、出力することで医療費等通知書を作成する。

② 療養費支給申請書及びレセプト入力業務

申請書に記載された内容を入力する。

負担区分が変更になった被保険者のレセプトデータを元に変更内容を入力する。

申請書返却に伴う支給済データの消込入力をする。

③ 療養費の支給実績に伴う統計事務の補助

負担区分、種別等を確認し、統計データ作成を補助する。

- ④ 療養費返還請求、官公署からの照会及び提出文書に係る事務の補助  
対象レセプトの電算管理番号を確認する。
- ⑤ 申請書の作成に係る事務  
申請書に記載の負担区分等を確認する。
- ⑥ 申請書に係る支給及び審査の事務  
申請書及び添付書類の内容を点検する。
- ⑦ 各種通知及び申請書の発送に係る処理  
各種通知の作成補助及び内容を点検する。

## II 補助的業務

- ① 高額療養費支給事務にかかる通知書等作成支援  
被保険者に送付する各種通知書等に記載された外字等について、補記及び内容を確認し、封入及び封緘をする。
- ② 高額療養費関連業務にかかる返却郵便の再送付支援  
被保険者の宛所不明等の理由で当広域連合へ返却された高額療養費支給申請書及び支給決定通知書について、対象被保険者の情報を管理データに入力する。再送付する高額療養費支給申請書及び支給決定通知書を各区市町村に仕分け作業を行う。  
再送付する高額療養費支給申請書及び支給決定通知書の内容および仕分け先の区市町村に誤りがないかを職員に確認を受けたのち、各区市町宛に送付する。
- ③ 高額療養費の再振込にかかるお知らせ及び決定通知書の封入及び封緘作業  
職員が作成、印刷したお知らせ及び決定通知書を封入及び封緘をする。
- ④ 高額介護合算療養費関連業務にかかる通知の封入封緘及び区市町村への回送業務  
職員が作成、印刷した通知を封入及び封緘をする。各区市町村に仕分け作業を行う。送付する通知の内容および仕分け先の区市町村に誤りがないかを職員に確認を受けたのち、各区市町宛に送付する。
- ⑤ 療養費支給申請書等の整理・収納  
申請書の並び替え、整理、保存箱への収納等

⑥ 療養費返還請求に係る事務の補助

申請書取り下げ依頼書を元に療養費支給申請書の引き抜き及び返還請求用データを作成する。

⑦ 申請書等返戻業務に係る処理

返戻対象の申請書の一覧表のデータ作成、送付状の作成、申請書の封入・封緘処理

⑧ 官公署からの照会及び提出文書等の作成支援

官公署からの申請書等の写し送付依頼書を元に、療養費支給申請書の引き抜き、データ作成、送付等を行う。

⑨ 申請書保存箱の整理・収納に係る処理

国民健康保険団体連合会から納品された保存箱を指定の場所に収納及び管理を行う。

⑩ 申請書の作成に係る事務

負担区分が変更になった被保険者のレセプトデータ入力後申請書の作成補助及び封入・封緘。

⑪ 各種通知及び申請書の発送に係る処理

各種通知の作成補助、内容点検及び封入・封緘

(3) 各業務に共通する業務

当広域連合に到着した各業務に関する各郵送物を開封し、収受印を押し、各担当職員に仕分けし、手渡しする。

6. 個人情報保護の対策

個人情報の取扱いについては、仕様書「13 個人情報の保護」及び「18 法令・条例等の遵守」に記載のとおりとする。

7. 今後の流れ

- ・令和2年4月1日以降、当広域連合は派遣労働者を活用する。

## 仕 様 書

### 1 件名

債権管理業務及び保険給付業務に係る人材派遣

### 2 派遣期間

令和2年4月1日から令和3年3月31日まで

### 3 主な業務内容

以下の業務に係る事務補助を行う

#### (1) 債権管理業務

##### I 債権管理に係る資料作成の事務

##### II 不当利得請求事務（負担割合相違分・資格喪失分・割合内区分相違分）

ア 各種通知の作成支援

イ 各種通知の発送にかかる事務

##### III 不正・不当利得請求事務（医療機関分）

ア 返還同意書及び返還内訳書の点検事務

イ 診療報酬返還請求にかかる請求事務

##### IV 第三者行為求償事務

ア 第三者行為の給付制限登録

イ 代位取得通知の発送にかかる事務

ウ 求償事務にかかる委託書類の作成支援

エ 求償事務にかかる事務

##### V レセプト二次点検

ア 過誤調整結果通知書の数値入力

##### VI 診療報酬明細書等開示事務

ア 各種通知の発送にかかる事務

##### VII その他給付係及び点検係の各種郵送業務及び都庁交換便等に係る事務

#### (2) 保険給付業務

##### I 療養費関連業務

ア 申請書及びレセプト入力・整理等に係る処理

イ 療養費返還請求にかかる事務の補助

ウ 申請書等の返戻業務に係る処理

エ 官公署からの照会及び提出文書等の作成支援

オ 申請書保存箱の整理・収納に係る処理

カ 申請書の作成にかかる事務

キ 申請に係る支給及び審査の事務



- ク 各種通知及び申請書の発送に係る処理
- Ⅱ 高額療養費関連業務
  - ア 各種通知及び申請書の発送に係る処理
- Ⅲ 高額介護合算療養費関連業務
  - ア 各種通知及び申請書の発送に係る処理
- Ⅳ 医療費等通知事務
  - ア 医療費等通知書発行・再発行の作成事務
  - イ 医療費等通知書の発送にかかる事務
- 4 労働者の要件

各種データの入力を的確かつ迅速に行うことができる人材で、マイクロソフト社の Word 及び Excel の基本的な操作ができること。
- 5 派遣人数

2 名（内 1 名は、原則月 10 日間勤務。もう 1 名は、原則月 20 日間勤務とする。）
- 6 就業場所

東京都千代田区飯田橋三丁目 5 番 1 号 東京区政会館 16 階  
東京都後期高齢者医療広域連合保険部保険課給付係及び点検係  
電話 3 2 2 2－4 5 1 5、3 2 2 2－4 4 1 5
- 7 業務時間

午前 9 時から午後 4 時まで 休憩時間、1 時間
- 8 業務の報告等

（1）広域連合は、各月における就業に関する実施確認書を作成し派遣事業者に提出する。  
（2）派遣事業者は毎月の業務完了後、休憩時間を除く実労働時間を広域連合に報告する。
- 9 契約方法

（1）一人につき実働 1 時間当たりの単価契約とする。  
（2）派遣労働者の勤務時間は 1 5 分単位で計算し、1 5 分未満の端数は切捨てとする。なお、1 5 分の派遣料金は、1 時間当たりの単価の 4 分の 1 とする。また、金額に円未満の端数がある場合は、円未満を切捨てとする。  
（3）契約単価には、交通費等諸経費一切が含まれるものとする。

1 0 派遣先責任者及び指揮命令者

- (1) 派遣先責任者 保険部保険課長
- (2) 指揮命令者 保険部保険課長が指定する者

1 1 苦情申出先

東京都後期高齢者医療広域連合保険部保険課長

1 2 支払方法

1 か月ごととし、派遣元の請求に基づき内容を確認後支払うものとする。

1 3 個人情報の保護

派遣事業者及び派遣労働者は、個人情報の取扱いについて、関係諸法令並びに「個人情報保護に関する特記仕様書」を遵守すること。

1 4 適正な就業の確保

(1) 派遣事業者は、派遣労働者に対し適正な労務管理を行うとともに、広域連合の指揮命令等に従って職場の秩序・規律・機密を守り、適正に業務に従事するように派遣労働者を教育、指導する。

(2) 広域連合は、派遣労働者に対し、無断欠勤等勤務態度の悪化、就労の障害となる健康上の問題等を把握した場合には、速やかに派遣事業者に通知するものとし、派遣事業者は派遣労働者に対し適切な教育、指導を行う等、問題の解決に努めるものとする。

(3) 広域連合は、当該派遣就業が適正かつ円滑に行われるようにするため、セクシャルハラスメントの防止等に配慮する。

1 5 派遣労働者の交代等

(1) 派遣労働者が就業するに当たり、遵守すべき広域連合の業務処理方法、就業規則等に従わない場合、また業務処理の能力が著しく低く労働者派遣の目的を達し得ない場合には、広域連合は派遣事業者はその理由を示し、派遣労働者への指導、改善、派遣労働者の交代等の適切な措置を要請することができる。

(2) 派遣事業者は、前項の要請があった場合には、当該派遣労働者への指導、改善、派遣労働者の交代等適切な措置を講ずるものとする。

(3) 派遣労働者の傷病その他、やむを得ない理由がある場合には、派遣事業者は広域連合に通知して、派遣労働者を交代させることができる。

1 6 業務災害等

派遣就業に伴う派遣労働者の業務上の災害については、派遣事業者が労働基準法に定める使用者の災害補償責任及び労働者災害補償保険法に定める事業主の責任を負う。派遣労働者は、通勤災害等について、派遣事業者の加入する労働者災害補償保険により給付を受ける。

#### 1 7 休暇の取得について

(1) 派遣事業者は、派遣労働者から休暇の申請があった場合には、原則として、広域連合へ事前に通知するものとする。

(2) 広域連合は、派遣労働者の休暇の取得に協力するものとする。ただし、通知された日の取得が業務の正常な運営に支障をきたすときは、広域連合は派遣事業者により具体的な事情を明示して、派遣事業者が当該派遣労働者に対し取得年月日を変更するよう依頼することができる。

(3) 前号の調整が困難な時は、代替の労働者を充足させる。

#### 1 8 法令・条例等の遵守

派遣事業者は、本業務の実施に当たり、別紙「労働者派遣契約条項」、「個人情報保護に関する特記仕様書」、「ディーゼル車規制に適合する自動車による配送等」、その他関係する法令・条例等を遵守すること。

#### 1 9 損害賠償

広域連合または派遣事業者が相手方の契約違反により損害を受けた場合は、通常かつ直接の損害について損害賠償を請求できるものとする。ただし、相手方に請求できる損害賠償の範囲には、天災地変その他不可抗力により生じた損害、自己の責に帰すべき事由により生じた損害及び逸失利益は含まれないものとする。なお、損害賠償について、別紙「労働者派遣契約条項」及び「個人情報保護に関する特記仕様書」に定めがあるものは、その定めによる。

#### 2 0 その他

この仕様書に定めのない事項については、広域連合と派遣事業者が協議の上、決定するものとする。

#### 2 1 担当部署

東京都後期高齢者医療広域連合

保険部保険課給付係 電話 03-3222-4515

保険部保険課点検係 電話 03-3222-4415

## 労働者派遣契約条項

### (総則)

- 第1条 派遣先（以下「甲」という。）及び派遣元（以下「乙」という。）は、契約書（この条項、仕様書、その他添付の書類を含む）に従い、法令を順守し、契約を履行しなければならない。
- 2 乙は、契約の締結に当たっては、「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律」（以下「労働者派遣法」という。）第26条の規定により、一般労働者派遣事業の許可を受け、又は特定労働者派遣事業の届出を行っている旨を書面により提示しなければならない。また、その他労働者派遣法及び同法施行規則等に定める事項を通知しなければならない。
- 3 乙は、特に定める場合を除き契約書に記載する契約期間において、甲に対し、業務の履行に係る従業員（以下「派遣従業員」という。）をそれぞれ日々又は指定する日に派遣するものとし、甲は、履行が完了した部分に係る契約代金を支払う。
- 4 乙は、甲の承諾を得ずに、仕様書及び成果品（派遣業務を行う上で得られた記録を含む。）を第三者に閲覧させ、又は複写させてはならない。

### (権利義務の譲渡等)

- 第2条 乙は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、承継させ、又は担保の目的に供することができない。ただし、甲の書面による承諾を得た場合は、この限りでない。

### (一括再委託の禁止)

- 第3条 乙は、この契約について業務の全部又は主要な部分を一括して第三者に委託してはならない。ただし、あらかじめ甲の承諾を得たときは、この限りでない。

### (一般的損害等)

- 第4条 この契約の履行に関して契約期間に発生した損害（第三者に及ぼした損害を含む。）は、乙がその費用を負担するものとする。ただし、その損害のうち、甲の責に帰すべき理由により生じたものについては、甲が負担する。
- 2 前項の規定にかかわらず、個人情報情報の漏洩、紛失等に係る損害は、契約期間後も乙がその費用を負担する。

### (派遣従業員の労働管理等)

- 第5条 甲及び乙は、労働基準法・労働安全衛生法等に定める規定を遵守し、派遣労働者の労働基準・安全衛生の確保に努めるものとする。
- 2 乙は、この契約の履行に支障を生じ又は甲の名誉若しくは信用を害する等の不都合を生じさせないよう、適切な措置を講じなければならない。
- 3 乙は、労働者派遣の実施に際し、派遣従業員について傷病その他の理由により欠勤を生じる場合は、速やかに甲に通知の上承認を受けなければならない。
- 4 甲は、派遣従業員が甲の職員休憩室、更衣室などの施設を利用できるように便宜をはかるものとする。

### (労働・社会保険)

- 第6条 乙は、労働・社会保険に加入する必要がある派遣労働者については、労働・社会保険に加入している派遣労働者を派遣しなければならない。ただし、甲が労働・社会保険に加入していない理由の通知を乙から派遣前に受けた場合において、当該理由が適正であると甲が認めた場合には、この限りでない。

(派遣先責任者)

第 7 条 甲は、労働者派遣法及び同法施行規則の定めに基づき、派遣先責任者を選任するものとする。

(派遣元責任者)

第 8 条 乙は、労働者派遣法及び同法施行規則の定めに基づき、派遣先責任者を選任するものとする。

(指揮命令等)

第 9 条 甲は、派遣従業員に対し、従事すべき業務の遂行に関し必要な指揮命令を行うことが出来る。

2 乙は、派遣従業員に対し、前項の指揮命令のほか、甲における職場秩序維持、施設管理その他派遣従業員の就業に関し甲が行う指示に従うよう、適切な措置を講じなければならない。

3 甲は、契約書及び仕様書等に定める就業条件等に違反して派遣従業員を使用してはならない。

(苦情処理)

第 10 条 派遣従業員からの苦情の申し出を受け、その処理を担当するものは、派遣先責任者及び派遣元責任者とする。

2 派遣先責任者及び派遣元責任者が派遣労働者から苦情の申出を受けたときは、相互に遅滞なく通知するとともに、協議し迅速に処理するものとする。

(派遣労働者の交代要請)

第 11 条 甲は、派遣労働者のうち業務の遂行又は管理につき著しく不相当と認められるものがあるときは、乙に対して理由を示して派遣労働者の交代を求めることができる。ただし、甲は乙と協議のうえ、改善が見込めると認めたときは、その改善のための対処を優先する。

(業務責任者)

第 12 条 乙は、この派遣業務の管理運営に必要な知識、技能、資格及び経験を有する者を業務責任者として選任しなければならない。この場合において、甲が必要と認めるときは、乙に対して業務責任者の選任について報告を求めることができる。

2 業務責任者は派遣業務の管理及び統轄を行う。

(履行報告)

第 13 条 甲は、必要があるときは、乙に対して契約の履行状況等について報告を求めることができる。

(監督)

第 14 条 甲は、必要があるときは、立会い、指示その他の方法により、乙の履行状況を監督することができる。

(検査)

第 15 条 乙は、仕様書により指定された期間又は部分の業務を完了したとき、若しくは派遣業務のすべてを完了したときは、直ちに甲に対して完了届を提出しなければならない。

2 甲は、前項の完了届の提出があった日から起算して 10 日以内に業務の完了を確認するための検査を行わなければならない。

3 乙は、前項の検査において、甲が立会いを求めたにもかかわらず立ち会わなかったときは、検査の結果について異議を申し立てることができない。

- 4 第2項の検査に直接必要な費用は、すべて乙の負担とする。
- 5 乙は、第2項の検査に合格したときをもって、当該検査に合格した部分に係る業務の履行を完了したものとする。

(再履行)

- 第16条 甲は、乙が前条第2項の検査に合格しないときは、期限を指定して再履行を命ずることができる。
- 2 乙は、前項の規定により再履行を命ぜられたときは、直ちに再履行しなければならない。この場合において、再履行が終了したときは、甲に完了届を提出し、検査を受けなければならない。
  - 3 前条第2項から第5項までの規定は、前項の検査について準用する。

(契約期間の延長)

- 第17条 乙は、乙の責めに帰することができない理由により、契約期間内に業務を完了できないことが明らかになったときは、甲に対しその理由を明示した書面をもって契約期間の延長を求めることができる。ただし、その延長日数は、甲乙協議して定めるものとする。

(遅延違約金)

- 第18条 乙の責に帰すべき理由により派遣業務を契約期間内に終了することができない場合において、契約期間を経過後相当の期間内に完了する見込みのあるときは、甲は、乙から遅延違約金を徴収して契約期間を延長することができる。
- 2 前項の遅延違約金の額は、遅延日数に応じ、契約金額に政府の支払遅延防止等に関する法律（昭和24年法律第256号）第8条第1項の規定に基づき財務大臣が定める割合（年当たりの割合は、閏年の日を含む期間についても365日の割合とする。）で計算した額（100円未満の端数があるとき又は100円未満であるときは、その端数額又はその全額を切り捨てる。）とする。
  - 3 第16条第1項の規定による再履行が、同項で指定した期限を超えるときは、乙は、前項の規定により違約金を納付するものとする。
  - 4 前2項の違約金の計算の基礎となる日数には、検査に要した日数を算入しない。

(契約内容の変更、中止等)

- 第19条 甲は、必要があると認めるときは、この契約の内容を変更し、又は履行を一時中止させることができる。この場合において、契約金額又は契約期間を変更する必要があるときは、甲乙協議して書面をもって定める。

(天災その他不可抗力による契約内容の変更)

- 第20条 契約締結後において、天災事変その他の不測の事件に基づく日本国内の経済情勢の激変により、契約内容が著しく不相当と認められるに至ったときは、その実情に応じて、甲乙協議の上、契約金額その他の契約内容を変更することができる。
- 2 前項の場合において、甲又は乙に損害が生じても、互いに賠償の責を負わない。

(契約代金の支払)

- 第21条 乙は、第15条第2項又は第16条第2項の規定による検査に合格したときは、甲の指示する手続きに従って契約代金の支払を請求するものとする。
- 2 甲は、前項の請求があった日から30日以内に、乙に契約代金を支払わなければならない。
  - 3 甲は、前項の期間内に契約代金を支払わないときは、乙に対し、支払金額につき政府の支払遅延防止

等に関する法律（昭和 24 年法律第 256 号）第 8 条第 1 項の規定に基づき財務大臣が定める割合（年当たりの割合は、閏年の日を含む期間についても 365 日の割合とする。）で計算した額（100 円未満の端数があるとき又は 100 円未満であるときは、その端数又はその全額を切り捨てる。）を遅延利息として支払うものとする。

（端数処理の原則）

第 22 条 単価契約において単価に円未満の端数がある場合の端数処理方法は、特段の取り決めがない限り以下のとおりとする。

- （１） 品目ごとに消費税等相当額を含まない単価に数量を乗じた金額を合計し、小数点以下の端数を切り捨てた金額を合計本体価格とする。
- （２） 消費税等相当額は合計本体価格に消費税等の税率を乗じて、小数点以下の端数を切り捨てた金額とする。

（甲の解除権）

第 23 条 甲は次の各号のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。

- （１） 乙又はその代理人若しくは使用人、派遣従業員がこの契約の締結又は履行に当たり、不正な行為をしたとき。
- （２） 乙又は乙の代理人若しくは使用人、派遣従業員が、正当な理由なく、甲の監督又は検査の実施に当たり職員の指示に従わないとき又はその職務の執行を妨害したとき。
- （３） 乙の責に帰すべき事由により、契約期間内に契約を履行しないとき、又は履行する見込みがないとき。
- （４） 乙が地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 第 1 項の規定に該当すると判断したとき。
- （５） 乙及びその役員（法人の役員又はその支店若しくは営業所を代表するもの。以下「役員等」という。）が次の各号のいずれかに該当するとき。
  - 一 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号。以下「法」という。）第 2 条第六号 に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）
  - 二 法第 2 条第二号 に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）
  - 三 暴力団又は暴力団員と密接な関係にあるもの（前各号と合わせ、以下「暴力団関係者」という。）
  - 四 法人であって、その役員の中に前各号のいずれかに該当する者があるもの。
  - 五 暴力団員がその事業活動を支配するもの。
  - 六 親会社等（競争の導入による公共サービスの改革に関する法律施行令第 3 条に定める者という。）が前各号のいずれかに該当するもの。
  - 七 乙及びその役員等が、不正に財産上の利益を得るため、又は債務の履行を強要するために暴力団関係者を使用すること。
  - 八 乙及びその役員等が、いかなる名義を持ってするかを問わず、暴力団関係者に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を与えること。
  - 九 乙及びその役員等が、暴力団関係者と社会的に非難される関係を有すること。
  - 十 乙が、下請け契約及び再委託契約又は資材、原材料の購入契約その他の契約に当たり、その相手方が暴力団関係者であると知りながら、当該者と契約を締結すること又は契約を維持すること。
- （６） 前各号のほか、乙が、この契約に基づく義務を履行しないとき。
- （７） 第 26 条に規定するもののほか、乙が契約の解除を申し出て、甲がやむを得ないと認めたとき。

- 2 前項の規定により契約が解除されたときは、契約保証金は甲に帰属する。
- 3 乙は、契約保証金の納付がなく、第1項の規定により契約が解除されたときは、契約金額の10分の1に相当する額を違約金として甲に納付しなければならない。この場合において、甲の検査に合格した履行部分があるときは、契約金額から当該履行完了部分に対する契約金額相当額を控除した金額の10分の1に相当する額を違約金とする。ただし、甲が特に必要ないと認めた場合はこの限りでない。

(談合その他の不正行為による解除)

第24条 甲は、乙がこの契約に関して、次のいずれかに該当したときは、契約を解除することができる。

- (1) 公正取引委員会が、乙に違反行為があったとして私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律(昭和22年法律第54号。以下「独占禁止法」という。)第49条第1項に規定する排除措置命令(排除措置命令がなされなかった場合にあっては、同法第50条第1項に規定する納付命令)又は同法第66条第4項の規定による審決が確定したとき(同法第77条の規定により、この審決の取消しの訴えが提起されたときを除く。)
- (2) 乙が、公正取引委員会が乙に違反行為があったとして行った審決に対し、独占禁止法第77条の規定により審決取消しの訴えを提起し、その訴えについて請求棄却又は訴え却下の判決が確定したとき。
- (3) 乙(乙が法人の場合にあっては、その役員又はその使用人)が刑法(明治40年法律第45号)第96条の3又は同法第198条の規定による刑が確定したとき。

2 前条第2項及び第3項の規定は、前項の規定による解除の場合に準用する。

(協議解除)

第25条 甲は、必要があるときは、乙と協議の上、この契約を解除することができる。

2 甲は、前項の解除により乙に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償しなければならない。

(乙の解除権)

第26条 乙は、次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約を解除することができる。

- (1) 第19条の規定により、甲が履行を一時中止させ、又は一時中止させようとする場合において、その中止期間が相当の期間に及ぶとき。
- (2) 第19条の規定により、甲が契約内容を変更しようとする場合において、契約金額が当初の2分の1以下に減少することとなったとき。
- (3) 甲の責に帰すべき事由により、業務を完了することが不可能となったとき。

(契約解除に伴う措置)

第27条 契約が解除された場合において、検査に合格した履行部分があるときは、甲は当該履行完了部分に対する代金相当額を支払うものとする。

- 2 乙は、契約が解除された場合において、貸与品、支給材料等があるときは、遅滞なく甲に返還しなければならない。この場合において、当該貸与品、支給材料等が乙の故意又は過失により滅失又はき損したときは、代品を納め、若しくは原状に復して返還し、又はこれらに代えてその損害を賠償しなければならない。
- 3 乙は、契約が解除された場合において、履行場所等に乙が所有又は管理する材料、工具その他の物件があるときは、遅滞なく当該物件を撤去(甲に返還する貸与品、支給材料については、甲の指定する場所に搬出。以下この条において同じ。)するとともに履行場所等を原状に復して甲に明け渡さなければならない。
- 4 前項の場合において、乙が正当な理由なく、相当の期間内に当該物件を撤去せず、又は履行場所等の



原状回復を行わないときは、甲は、乙に代わって当該物件を処分し、履行場所等の原状回復を行うことができる。この場合において、乙は、甲の処分又は原状回復について異議を申し立てることができず、甲の処分又は原状回復に要した費用を負担しなければならない。

- 5 第2項及び第3項に規定する乙のとるべき措置の期限、方法等については、第23条又は第24条の規定によるときは甲が定め、第25条又は前条の規定によるときは、甲乙協議して定めるものとする。

(派遣労働者の雇用の安定を図るための措置)

第28条 甲は、派遣労働者の責に帰すべき事由以外の事由によって、本契約の解除を行おうとする場合は、派遣労働者の新たな就業機会の確保を図るものとし、これができない場合には少なくとも契約解除予定日の30日前に乙にその旨を予告しなければならない。

- 2 甲が前項の予告を怠った場合、乙は、当該労働者の30日分の賃金相当額を甲に請求することができるものとする。
- 3 第1項の解除に伴い、乙が派遣労働者を休業させる場合は、乙は当該労働者の休業手当、解雇予告手当相当額を甲に請求することができるものとする。
- 4 甲は労働者派遣契約の契約期間が満了する前に労働者派遣契約の解除を行おうとする場合であって、乙から請求があったときは、労働者派遣契約の解除を行った理由を乙に対し明らかにするものとする。

(賠償の予定)

第29条 乙は、この契約に関して、第24条第1項各号のいずれかに該当するときは、甲が契約を解除するか否かを問わず、賠償金として、契約金額の10分の1に相当する額を支払わなければならない。契約を履行した後も同様とする。ただし、次に掲げる場合はこの限りでない。

- (1) 第24条第1項第1号及び第2号のうち、審決の対象となる行為が、独占禁止法第2条第9項に基づく不公正な取引方法(昭和57年6月18日公正取引委員会告示第15号)第6項で規定する不当廉売の場合、その他甲が特に認める場合
- (2) 第24条第1項第3号のうち、乙が刑法第198条の規定による刑が確定した場合
- 2 前項の規定は、甲に生じた実際の損害額が前項に規定する賠償金の額を超える場合においては、超過分につき賠償を請求することを妨げるものではない。

(秘密の保持)

第30条 乙又は乙の代理人若しくは使用人、派遣従業員は、この契約の履行に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

- 2 乙又は乙の代理人若しくは使用人、派遣従業員は、この契約の履行過程において得られた記録簿等を他人に閲覧させ、複写させ、又は譲渡してはならない。ただし、あらかじめ甲の承諾を得たときはこの限りでない。
- 3 前二項の規定は、この契約の履行完了後又は解除後においても同様とする。
- 4 乙は、派遣従業員、その他の従業員及び使用人等に対し、前三項の義務を遵守させなければならない。

(相殺)

第31条 甲は、乙に対して有する金銭債権があるときは、乙が甲に対して有する契約保証金返還請求権、契約代金請求権及びその他の債権と相殺し、不足があるときは、これを追徴する。

(定めのない事項)

第32条 この契約書の条項若しくは仕様書の解釈について疑義を生じたとき、又はこの契約書若しくは仕様書に定めのない事項については、甲乙協議の上で定めるものとする。

領収（診療）明細書

(入院)

患 者 氏 名				傷 病 名						
診 療 の 内 訳								単 価	金 額	薬名、用量等の明細
初 診	時間・休日・深夜						回	点		
投 薬	内服	薬剤	単位	×	回	点				
	屯服	調剤	単位			点				
	外用	薬剤	単位			点				
	処方	調剤	×	回	点					
注 射	皮下筋肉内				回	点				
	静 脈 内				回	点				
	そ の 他				回	点				
処 置	処置						回	点		
手 術	手術・麻酔						回	点		
	薬剤							点		
検 査	検査						回	点		
画 像 診 断	検査							点		
	薬剤							点		
そ の 他										
入 院	入 院	年 月 日		年	月	日から	日まで	日間		食事療養費（ 円）
	病 診 衣	入 院 料	×		日間					
			×		日間					
			×		日間					
		入 院 時 医学管理料		×		日間				
特定入院料 そ の 他		×		日間						
合 計 点 数		点						療養に要した	円	
診 療 実 日 数		日						費用の合計		

上記のとおり領収いたしました。  
平成 年 月 日

医療機関等

所在地  
名称  
医師氏名

印

TEL ( )

- 〔記入上の注意〕
- 上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
  - 上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
  - すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
  - 入院外・歯科診療・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領収(診療)明細書

(入院外)

患者氏名		傷病名	
------	--	-----	--

診療の内訳					単価	金額	薬名、用量等の明細
初診	時間・休日・深夜	回	点				
再診	再診	×	回	点			
	外来管理加算	×	回	点			
	時間外	×	回	点			
	休日	×	回	点			
	深夜	×	回	点			
指導		回	点				
在宅		×	回	点			
投薬	内服薬剤	単位	点				
	調剤	×	回	点			
	屯服薬剤	単位	点				
	外用薬剤	単位	点				
	調剤	×	回	点			
	処方麻毒調基		点				
注射	皮下筋肉内	回	点				
	静脈内	回	点				
	その他	回	点				
処置	処置薬剤	回	点				
手術	手術・麻酔薬剤	回	点				
検査	検査薬剤	回	点				
画像診断	画像診断	回	点				
	薬剤		点				
その他							
合計点数			点	療養に要した 費用の合計			
診療実日数			日				

上記のとおり領収いたしました。

平成 年 月 日

医療機関等 { 所在地  
名称  
医師氏名

㊞

TEL ( )

〔記入上の注意〕

- 1.上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
- 2.上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
- 3.すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
- 4.入院・歯科診療・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領収（診療）明細書

（歯科）

氏名	男・女 明・大・昭 年生			実日数	日														
傷病名部位																			
初診	時間外 休日 深夜 乳 障 病															点			
再診	時間外 休日 深夜 乳 障 病 指導 + 衛 + F +																		
投薬・注射	内・屯・外・注 ・調 ・処方 処 注																		
X線検査	パ全顎 枚		模	平測	S倍一般	適応研 + 衛 +	精密再評	その他											
	標		EMR																
処置・手術	即処		普処		覆罩		除去			知覚過敏			ラバー		咬調				
	抜		麻		感染根処		根管貼薬		根 充		即 充		失 即 充		生切 失切	加圧根充			
	除石			PCu r			P 処		切開		初期			G E c t					
	抜歯	乳 前 臼 難 埋 付着															F O p		
	その他														特定薬剤				
麻酔	伝麻		浸麻		I S +			その他											
歯冠修復及び欠損補綴	補診		+		印象												+		
	歯冠形成	前（生） （活） （帯）	前（尖） （活） （帯）	（根面） （窩洞）	支メタル 台 築 その他			咬合							+				
								試適							E E				
								充填	ア	光・初		グ・複		その他	研磨				
	鑄造歯冠修復	14k						前装冠	パ ニ 銀						リイデナー				
		パ大							金 属 冠	大 小 大 小 圧 鑄 他				継 続 歯 仮		14k パ ニ 銀	装着材料		
		パ 小 前																	
		ニ大																	
		ニ大																	
		銀大																	
	銀 小 前 乳						乳		ジ			硬ジ		再装着					
	ボンテック	鑄造	パ大	パ小	裏装	パ前	パ小	装 着	パ ー		鑄 屈 曲	パ ニ 下 強			人 工 歯				
		前装		パ ニ 銀							不特								
		有床義歯		1～4 歯 5～8 歯 9～11 歯			12～14 歯 総 義 歯 ゆ				床裏装		1～4 歯 5～8 歯 9～11 歯			12～14 歯 総 義 歯 ゆ		床修理	
	綴	鑄造鉤	14K	双大	双小	両大	両小	両前	ニ	線 鉤		14 双		不・特		レスト ナシ フック スパー			
パ			双大	双小	両大	両小	両前	レストアリ											
義歯調整		新製・床裏装・I 算定（ 年 月）																	
その他																			
その他																			
																	合計金額	円	

上記のとおり領収いたしました。

平成 年 月 日

医療機関等 { 所在地  
名 称  
医師氏名

⑥

Tel ( )

〔記入上の注意〕

- 1. 上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
- 2. 上の明細書に代えて、診療報酬明細書の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
- 3. すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
- 4. 入院外・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領 収（調剤）明 細 書

（調剤）

患 者 氏 名	(明・大・昭 年 月 日)	処方せん発行医療機関	保険医氏名	受付回数
生 年 月 日				回

処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調剤報酬金額		
		医薬品名・規格・用量・用法	単位薬剤量 円		調剤料 円	薬剤料 円	加算料 円
摘 要							
薬剤一部負担金		基 本 料	時 間 外	指 導 料	療養費に要した費用の合計		
円		円	円	円	円		

上記のとおり領収いたしました。

平成 年 月 日

調剤薬局 { 所在地  
名 称  
薬剤師氏名

TEL ( )

印

- 〔記入上の注意〕
1. 上の明細書に代えて、調剤報酬明細書等の用紙により、調剤薬局の名称・所在地・薬剤師の氏名・印の表示のある証明書を  
作成しても差し支えありません。
2. すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「調剤明  
細書」として使用してください。
3. 入院・外来・歯科診療に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

## Form A

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex ( Male・Female )  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男・女) \_\_\_\_\_

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of Long-term Care Insurance (See the attach documents)  
傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号 (別紙参照)

3. Date of First Diagnosis :     D    /    M    /    Y         /    /      
初診日     日    /    月    /    年         /    /    

4. Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日

5. Type of Treatment  
治療の分類

☐ Hospitalization : From     /    /    , to     /    /     ( days)  
入院 自     /    /     至     /    /     ( 日間)

☐ Out patient or Home Visit :     /    /         /    /      
入院外     /    /         /    /    

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes ☐ No ☐  
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B  
治療実費 様式B

10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name 名前	: Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所	: Home 自宅		phone 電話
	Office 病院又は診療所		phone 電話

Date 日付 : \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

## Form B

**Itemized receipt**

## 領 收 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	
(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	\$
(13) Total	合計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name	:	<u>Last</u>	<u>First</u>	<u>Title</u>
名前		姓	名	称号

Address	:	<u>Home</u> 自宅	Phone 電話
住所		<u>Office</u> 病院又は診療所	Phone 電話

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
日付 署名

## Request to Attending physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the long-term care insurance benefit.  
この様式は患者の後期高齢者医療の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
  - This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、署名してください。
  - One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions.  
薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- Cavity (C) (虫歯)
- missing teeth (F) (欠歯)
- stomatitis (G) (口内炎)
- Pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日)

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) \_\_\_\_\_ day(日間)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Currency paid

(支払通貨)

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used

(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレー又はアンレー)

• Capping(metal) (金属冠)

• Jacket capping (ジャケット冠)

• Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

Total (計)



**Table of International Classification of Diseases for the use of Long-term Care Insurance**  
**後期高齢者医療制度用国際疾病分類表**

<b>I Certain infectious and parasitic diseases</b> 感染症及び寄生虫症		0208	<b>Malignant lymphoma</b> 悪性リンパ腫
0101	<b>Intestinal infectious diseases</b> 腸管感染症	0209	<b>Leukemia</b> 白血病
0102	<b>Tuberculosis</b> 結核	0210	<b>Other malignant neoplasms</b> その他の悪性新生物
0103	<b>Infections with a predominantly sexual mode of transmission</b> 主として性的伝播様式をとる感染症	0211	<b>Others</b> 良性新生物及びその他の新生物
0104	<b>Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions</b> 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	<b>III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</b> 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害	
0105	<b>Viral hepatitis</b> ウイルス肝炎	0301	<b>Anemia</b> 貧血
0106	<b>Other viral diseases</b> その他のウイルス疾患	0302	<b>Others</b> その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0107	<b>Mycoses</b> 真菌症	<b>IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders</b> 内分泌、栄養及び代謝疾患	
0108	<b>Sequelae of infectious and parasitic diseases</b> 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0401	<b>Disorders of thyroid gland</b> 甲状腺障害
0109	<b>Others</b> その他の感染症及び寄生虫症	0402	<b>Diabetes mellitus</b> 糖尿病
<b>II Neoplasms</b> 新生物		0403	<b>Others</b> その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0201	<b>Malignant neoplasm of stomach</b> 胃の悪性新生物	<b>V Mental and behavioural disorders</b> 精神及び行動の障害	
0202	<b>Malignant neoplasm of colon</b> 結腸の悪性新生物	0501	<b>Vascular dementia and unspecified dementia</b> 血管性及び詳細不明の痴呆
0203	<b>Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum</b> 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0502	<b>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</b> 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0204	<b>Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts</b> 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0503	<b>Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders</b> 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0205	<b>Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung</b> 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0504	<b>Mood [affective] disorders</b> 気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
0206	<b>Malignant neoplasm of breast</b> 乳房の悪性新生物	0505	<b>Neurotic, stress-related and somatoform</b>

0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0506	Mental retardation 精神遅滞	0807 Others その他の耳疾患
0507	Others その他の精神及び行動の障害	IX Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患		0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患
0601 Parkinson's disease パーキンソン病		0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0602 Alzheimer's disease アルツハイマー病		0903 Other forms of heart disease その他の心疾患
0603 Epilepsy てんかん		0904 Subarachnoid haemorrhage くも膜下出血
0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群		0905 Intracerebral haemorrhage 脳内出血
0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害		0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞
0606 Others その他の神経系の疾患		0907 Cerebral atherosclerosis 脳動脈硬化（症）
VII Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患		0908 Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0701 Conjunctivitis 結膜炎		0909 Atherosclerosis 動脈硬化（症）
0702 Cataract 白内障		0910 Hemorrhoids 痔核
0703 Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害		0911 Hypotension 低血圧症
0704 Others その他の眼及び付属器の疾患		0912 Others その他の循環器系の疾患
VIII Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患		X Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0801 Otitis externa 外耳炎		1001 Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎【かぜ】
0802 Other disorders of external ear その他の外耳疾患		1002 Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0803 Otitis media 中耳炎		1003 Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0804 Other diseases of middle ear and mastoid		1004 Pneumonia 肺炎

	その他の中耳及び乳様突起の疾患		
0805	<b>Disorders of vestibular function</b> メニエール病	1005	<b>Acute bronchitis and bronchiolitis</b> 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0806	<b>Other diseases of inner ear</b> その他の内耳疾患	1006	<b>Allergic rhinitis</b> アレルギー性鼻炎
1007	<b>Chronic sinusitis</b> 慢性副鼻腔炎	1202	<b>Dermatitis and eczema</b> 皮膚及び湿疹
1008	<b>Bronchitis, not specified as acute or chronic</b> 急性又は慢性と明示されない気管支炎	1203	<b>Others</b> その他の皮膚及び皮下組織の疾患
1009	<b>Chronic obstructive pulmonary diseases</b> 慢性閉塞性肺疾患	X III	<b>Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</b> 筋骨格系及び結合組織の疾患
1010	<b>Asthma</b> 喘息	1301	<b>Inflammatory polyarthropathies</b> 炎症性多発性関節障害
1011	<b>Others</b> その他の呼吸器系の疾患	1302	<b>Arthrosis</b> 関節症
X I	<b>Diseases of the digestive system</b> 消化器系の疾患	1303	<b>Spondylopathies</b> 脊椎障害（脊椎症を含む）
1101	<b>Dental caries</b> う蝕	1304	<b>Intervertebral disc disorders</b> 椎間板障害
1102	<b>Gingivitis and periodontal disease</b> 歯肉炎及び歯周疾患	1305	<b>Cervicobrachial syndrome</b> 頸腕症候群
1103	<b>Other diseases of teeth and supporting structures</b> その他の歯及び歯の支持機構	1306	<b>Low back pain and sciatica</b> 腰痛症及び挫骨神経痛
1104	<b>Gastric and duodenal ulcer</b> 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1307	<b>Other dorsopathies</b> その他の脊柱障害
1105	<b>Gastritis and duodenitis</b> 胃炎及び十二指腸炎	1308	<b>Shoulder lesions</b> 肩の障害
1106	<b>Alcoholic liver disease</b> アルコール性肝疾患	1309	<b>Disorders of bone density and structure</b> 骨の密度及び構造の障害
1107	<b>Chronic hepatitis, not elsewhere classified</b> 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	1310	<b>Others</b> その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1108	<b>Liver cirrhosis</b> 肝硬変（アルコール性のものを除く）	X IV	<b>Diseases of the Genitourinary system</b> 尿路性器系の疾患
1109	<b>Other diseases of liver</b> その他の肝疾患	1401	<b>Glomerular diseases</b> 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1110	<b>Cholelithiasis and cholecystitis</b> 胆石症及び胆のう炎	1402	<b>Renal failure</b> 腎不全
1111	<b>Diseases of pancreas</b> 膵疾患	1403	<b>Urolithiasis</b> 尿路結石症
1112	<b>Others</b>	1404	<b>Other diseases of urinary system</b> その他の尿路系の疾患

その他の消化器系の疾患

**X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue**  
皮膚及び皮下組織の疾患

**1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue**  
皮膚及び皮下組織の感染症

**1407 Menopausal and postmenopausal disorders**  
月経障害及び閉経周辺期障害

**1408 Other disorders of breast and female genital organs**  
乳房及びその他の女性性器の疾患

**X V Pregnancy, childbirth and the puerperium**  
妊娠、分娩及び産じょく

**1501 Abortion**  
流産

**1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium**  
妊娠中毒症

**1503 Single spontaneous delivery \***  
単胎自然分娩

**1504 Others**  
その他の妊娠、分娩及び産じょく

**X VI Certain conditions originating in the perinatal period**  
周産期に発生した病態

**1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth**  
妊娠及び胎児発育に関連する障害

**1602 Others**  
その他の周産期に発生した病態

**X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities**  
先天奇形、変形及び染色体異常

**1405 Hyperplasia of prostate**  
前立腺肥大（症）

**1406 Other diseases of male genital organs**  
その他の男性性器の疾患

**1701 Congenital anomalies of heart**  
心臓の先天奇形

**1702 Others**  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

**X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified**  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

**1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified**  
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

**X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes**  
損傷、中毒及びその他の外因の影響

**1901 Fracture**  
骨折

**1902 Intracranial injury and injury to organs**  
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

**1903 Burns and corrosions**  
熱傷及び腐食

**1904 Poisoning**  
中毒

**1905 Others**  
その他

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Long-term Care Insurance.

1503 番(\*印)は後期高齢者医療制度は適用されません。

翻訳（様式Aの続紙）

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div>印</div>
住 所	電話

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div>印</div>
住 所	電話

翻訳（様式 C の続紙：歯科）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div>印</div>
住 所	電話

## 調査に関わる同意書

・治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- ・被保険者（患者）

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

東京都後期高齢者医療広域連合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、東京都後期高齢者医療広域連合及び東京都後期高齢者医療広域連合が委託（再々委託まで含む）した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印し、併せて証明書類をご提出下さい。

(氏名) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(日付)                  年                  月                  日

(患者との関係) : 本人・法定相続人・その他〔 〕



施 術 料 金 領 収 書

(はり・きゅう療養費用)

施術を受けた者の氏名		( 明・大・昭 年 月 日 )										性 別		男 ・ 女					
生 年 月 日												年 齢		才					
傷 病 名												発病・負傷 年 月 日		月 日					
同意を受けた療養取扱機関名及び保険医名																			
同意年月日		年 月 日				再同意年月日				年 月 日									
初 療 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		新規・継続									
施術の種類		回数				一回の料金				計				備 考					
初 回						円				円									
往 療 料		回				円				円									
は り		回				円				円									
は り(電気鍼併用)		回				円				円									
き ゅ う		回				円				円									
きゅう(電気温灸器併用)		回				円				円									
はり・きゅう併用		回				円				円									
はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)		回				円				円									
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		回				円				円									
合 計 円 也																			
施 術 日 の 内 訳		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	
上記のとおり施術を行いその費用を領収いたしました。																			
平成 年 月 日																			
施術者		免許証記号番号																	
		免許証交付年月日																	
		住 所																	
		電話番号																	
		名 称																	
		氏 名																	
		印																	

(注意) 施術の内訳は、施術を行った日を○印（往療の場合は◎印）で囲んでください。なお、往療の場合には、備考欄に住所（始点から終点）を記入してください。

施 術 料 金 領 収 書

(あんま・マッサージ用)

施術を受けた者の氏名												性 別		男 ・ 女			
生 年 月 日												年 齢		才			
傷 病 名												発病・負傷 年 月 日		年 月 日			
同意を受けた療養取扱機関名及び保険医名																	
同意年月日		年 月 日				再同意年月日				年 月 日							
施術開始年月日		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		新規・継続					
前回承認を受けた部位 及び回数		部 位	上 肢 左				上 肢 右				軀 幹				回 数	回	
下肢		下肢															
施術の種類		回数				一回の料金				計				備 考			
往 療 料		回				円				円							
マッサージ料		回				円				円							
温 罨 法 料		回				円				円							
温罨法料・電気光線器具		回				円				円							
変形徒手矯正術		回				円				円							
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		回				円				円							
合 計						円 也											
施術日 の内訳	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
上記のとおり施術を行いその費用を領収いたしました。																	
平成 年 月 日																	
施術者		免許証記号番号															
		免許証交付年月日															
		住 所															
		電話番号															
		名 称															
		氏 名															

(注意) 施術の内訳は、施術を行った日を○印（往療の場合は◎印）で囲んでください。なお、往療の場合には、備考欄に住所（始点から終点）を記入してください。

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	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	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	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）   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。  平成 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。

印

# 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、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 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。  
※ 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費担当規則第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。
- 6 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

## ○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 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。
- 8 上記7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。
- 9 上記7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。）が行うとされていますが、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 2 (別紙 1)

同意書					
(あん摩マッサージ指圧療養費用)					
患者	住所				
	氏名				
	生年月日		明・大・昭・平年　月　日		
傷病名					
発病年月日		昭・平年　月　日			
同意区分		初回の同意 ・ 再同意 （○をつけて下さい）			
診察日		平成年　月　日			
症状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢			
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 （ ）			
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)			
施術の種類 施術部位	マッサージ（ 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）				
	変形徒手矯正術（ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）				
往療	１．必要とする      ２．必要としない				
	往療を必要とする理由    介護保険の要介護度（ ）分かれれば記載下さい １．独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 ２．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 ３．その他 ( )				
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）			
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上の マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成年　月　日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> <div>印</div>					

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意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。

# 同意書の交付について

## ○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 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。  
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧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費担当規則第 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が条件とはなりません。
- 5 「症状」欄の 3 段目の「その他」欄は、1 段目又は 2 段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧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。
- 7 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

## ○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 8 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6 ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は 1 ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術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。
- 9 上記 8 の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧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。
- 10 上記 8 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。



# 弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭	年	月 日
診 断 名			
手術年月日	昭・平	年	月 日
患 肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯		
着圧指示	mm Hg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

平成 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

㊞

## ※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「着圧指示」が 30 mm Hg 未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。



# 輸血用生血液受領証明書

輸血を受けた 被保険者の氏名		性 別	男 ・ 女
		年 齢	才
輸血年月日	輸血量	左記のとおり生血液を受領致しました。	
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.	左記のとおり生血液を上記の患者に輸血致しました。	
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.	平成 年 月 日	
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
年 月 日	c. c.		
合 計	c. c.	東京都後期高齢者医療広域連合長 殿	

移送を必要とする意見書

医師又は 歯科医師が記入の記入欄	傷病名					患者氏名		
	発病または負傷 年 月 日	年 月 日		発病又は負傷の 原因				
	移送前の医療機関 入院 平成 年 月 日 退院 平成 年 月 日 関入退院年月日	入院 平成 年 月 日 退院 平成 年 月 日		移送年月日		平成 年 月 日		
	移送先医療機関	所在地 名称						
	移送区間	自宅・ 病院 から 病院 まで 診療所 診療所						
	移送方法							
	自宅から移送を必要とする理由 又は転院せざるを得ない理由							
	症状詳記							

上記の理由で移送の必要を認めます。

平成 年 月 日

医師又は歯科医師 住所  
名称 ㊞

(医師への注意)

- 「自宅から移送を必要とする理由又は転院せざるを得ない理由」及び「症状詳記欄」については、なるべく詳しく記入してください。

# 委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 委任者との関係\_\_\_\_\_

を代理人(受任者)と定め、\_\_\_\_\_に関する下記の権限を委任します。  
(療養費、食事療養差額、移送費等の別)

## 記

(①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。)

- ① 申請に関すること。
- ② 受領に関すること。
- ③ 申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ ㊞

連絡先電話番号\_\_\_\_\_

以上

公費負担者番号								特記事項	<div> <div>1 社国</div> <div>2 公費</div> </div> <div> <div>3 後高</div> <div>4 退職</div> </div> <div> <div>2 本外</div> <div>4 三外</div> <div>6 家外</div> </div> <div> <div>8 高外9</div> <div>0 高外8</div> </div>	給付割合							
公費受給者番号										8	9	10					
区市町村番号								種類	05 鍼灸								
受給者番号								保険者番号									

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名							
					年 月 日											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)				続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過									
		男・女														
		明・大・昭・平 年 月 日生					○業務上・外、第三者行為の有無									
				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他												
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分					
	平成 年 月 日				自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続					
	傷病名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩										転 帰					
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )										継続・治癒・中止・転医					
	初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)								円		摘 要					
	施 術 料	はり				円× 回＝				円						
		きゅう				円× 回＝				円						
		はり・きゅう併用				円× 回＝				円						
		電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)				円× 回＝				円						
	往 療 料 4 km まで				円× 回＝				円							
	往 療 料 4 km 超				円× 回＝				円							
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月 分)				円× 回＝				円							
	合 計								円							
	一 部 負 担 金 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 )								円							
	請 求 額								円							
施術日 通院○ 往療◎	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、その費用を領収しました。				保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地									
	平成 年 月 日 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名 称 電話 _____ 施術管理者 氏 名 ㊦															
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。															
	平成 年 月 日				〒 ー				申請者 住 所 殿 (被保険者) 氏 名 ㊦ 電話							
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段											
	口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局			
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日				傷 病 名		要加療期間					
					平成 年 月 日											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日

申請者	住所	代理人	住所
(被保険者)	氏名		氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号								特記事項		1 社国 2 公費	3 後高 4 退職	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8	給付割合	8	9	10
公費受給者番号																	
区市町村番号									種類	04 マ							
受給者番号								保険者番号									

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名						
					年 月 日										
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過									
		男 ・ 女				○業務上・外、第三者行為の有無									
	明・大・昭・平 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分						
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続						
	傷 病 名 又 は 症 状								転 帰						
									継続・治癒・中止・転医						
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回＝	円	摘 要								
		右上肢	円×		回＝	円									
		左上肢	円×		回＝	円									
		右下肢	円×		回＝	円									
		左下肢	円×		回＝	円									
	変 形 徒 手 矯 正 術	円×	肢×	回＝	円										
	温 電 法	円×		回＝	円										
	温電法・電気光線器具	円×		回＝	円										
	往療料 4kmまで	円×		回＝	円										
	往療料 4km超	円×		回＝	円										
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×		回＝	円											
合 計				円											
一部負担金 (1割・2割・3割)				円											
請 求 額				円											
施術日 通院○ 往療◎	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、その費用を領収しました。				保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地								
	平成 年 月 日 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名 称 電話 施術管理者 氏 名 ㊟														
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				〒										
	平成 年 月 日 申請者 住所 殿 (被保険者) 氏 名 ㊟ 電話														
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店								
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			金庫 支店 農協 出張所										
	口座名義 カタカナで記入		口座番号				郵便局								
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名								
					平成 年 月 日		要加療期間								

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 ㊟ 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知) に従い行われるものです。

## 往療内訳表

月分

(患者氏名： )

[illegible]

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 ( ) 分ければ記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使っての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他（ ）

注

- ・ 同上的場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
- ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
- ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
- ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。



平成 年 月分  
療養費支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名： 殿

（請求者）登録記号番号  
施 術 管 理 者  
施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人	件	円	円	円
	家 族				
※ 決 定	本 人				
	家 族				
※ 返 戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※ 誤 算	本人				
	家族				
※ 増 減	本人				
	家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。



療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名  
施術管理者： \_\_\_\_\_ 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

平成        年        月        日

保険者名：  
所 在 地：

氏 名 (受療者)	記号 番号	区 分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理 由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)

## 柔道整復施術療養費支給申請書 ( 年 月分)

保 険 者 番 号							公費負担者番号												
被 保 険 者 番 号							公費受給者番号												
療養を受けた者の氏名			男 ・ 女				生年月日		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平			給付割合		7 割 ・ 9 割					
療養を受けた者の住所																			
傷	負傷の原因																		
	負 傷 名		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		初検時相談支援料 円		再検料 円		往療料 km 回 円				金属副子等加算(大・中・小) 円			計		円			
	加算(休日・深夜・時間外) 円					加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円				施術情報提供料 円									
	整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計		円				
	価	通減 %	通減開始 年 月	後療料 円 回 円		冷電法料 80 円 回 円		温電法料 75 円 回 円		電療料 30 円 回 円		計 円		多部位	計 円	長期	計 円		
	1	100	—										—	—					
	2	100	—										—	—					
	3	80	—										0.8						
100												—	—						
4	33	—										0.33							
	80											0.8							
	100											—	—						
											合 計								円
											一部負担金								円
																			円

**韻**

[illegible]

後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書																			
受付日		年		月		日													
決定日		年		月		日													
保険者番号								個人番号											
被保険者番号								被保険者氏名 生年月日 年 月 日											
公費負担者番号																			
公費受給者番号																			
療養を受けた																			
減額認定証の内容を記載してください。																			
交付区分								適用年月日				年 月 日							
交付年月日				年 月 日				長期該当年月日				年 月 日							
診療を受けた医療機関等の所在地																			
診療を受けた医療機関等																			
入院日数				年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回															
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）																		円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由																			
差額支給		イ（ ）円 × （ ）回 = （ ）円																	
		ロ（ ）円 × （ ）回 = （ ）円																	
		ハ（ ）円 × （ ）回 = （ ）円																	
		ニ（ ）円 × （ ）回 = （ ）円																	
		ホ 却下（理由： ）																	
該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。																			
振込先		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）								本店・支店 （ ）				預金種別		普通当座 （ ）			
口座番号等 左詰めで記載してください。																			
口座名義人 （カタカナ）																			
口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。																			
上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。																			
年 月 日																			
東京都後期高齢者医療広域連合長宛																			
申請者 住 所																		印	
氏 名																			
連絡先																			



## 療養費取下げ依頼書

平成 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合  
保険部 保険課 給付係 行

施術所名  
所在地  
施術者名  
電話番号

下記理由により、療養費支給申請書を取下げ願います。

1	施術種類	1 柔道整復 2 鍼・灸 3 マッサージ			1 施術団体名 ( ) 2 個人									
2	施 術 年 月		請 求 年 月			申 請 書 種 類				3 後 期 ( 3 9 )				
	年      月		年      月											
3	保険者番号	後期	3	9							【後 期】 記号・番号			
	フリガナ										生年月日			
	患 者 氏 名										1 明治      2 大正 3 昭和      4 平成      年      月      日			
4	請求金額		円											
5	【取下げ理由】													

## 留意事項

- ◇申請書単位、施術年月単位で作成してください。  
◇該当箇所を記入してください。

送付先  
〒102-0072  
東京都千代田区飯田橋 3-5-1  
東京区政会館 16 階  
東京都後期高齢者医療広域連合  
保険部 保険課 給付係  
電話 03 (3222) 4514