

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和 8 年 7 月 1 日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 福 田 浩

福岡県後期高齢者医療広域連合規則第 9 号

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則
の一部を改正する規則

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則（平成 20 年規則第 7 号）の一部を次のように改正する。

第 14 条第 2 項第 1 号中「（様式第 19 号の 2）」の次に「又は様式第 19 号の 2 の 2」を加え、同項第 2 号中「（様式第 19 号の 3）」の次に「又は様式第 19 号の 3 の 2」を加える。

様式第 19 号の 2 を次のように改める。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

	○被保険者資格の記号番号						○発病又は負傷年月日 年 月 日							○保険者番号								○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過														
被保 険者 欄							(フリガナ)							○業務上・外、第三者行為の有無																						
	療養を受けた者の氏名													1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他()																						
														○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																						
	明・大・昭・平						年 月 日生																													
施 術 内 容 欄	初療年月日						手術期間										実日数				請求区分															
	年 月 日自・						年 月 日～至・										年 月 日				新 規 ・ 継 続															
	傷病名及び症状																転 冊				継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医															
	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																							
	訪問施術科 1								円×		回＝		円																							
	訪問施術科 2								円×		回＝		円																							
	訪問施術科 3 (3人～9人)								円×		回＝		円																							
	温電法(加算)								円×		回＝		円																							
	温電法・電気光線器具(加算)								円×		回＝		円																							
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可						同意部位		(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																								
							施術回数		回	回	回	回	回																							
									円×		回＝		円																							
	特別地域(加算)								円×		回＝		円																							
往療料								円×		回＝		円																								
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)								円×		回＝		円																								
明細書発行加算								円×		回＝		円																								
合 計												円																								
一部負担金相当額(1割・2割・3割)												円																								
請 求 額												円																								
施術日① 訪問1		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			
通所〇 訪問2		月																																		
往療◎ 訪問3		月																																		
往療又は訪問理由		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()														
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用〔施術内容欄の合計金額〕を領収しました。										保健所登録区分				1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地																					
	年 月 日						施術所 所在地 〒 -																													
	免許登録番号						あん摩マッサージ指圧師				名称				電話																					
						施術者 氏 名														電話																
申 請 欄	上記の療費に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										〒 -																									
	年 月 日						住 所																													
	福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長様						申請者 (被保険者) 氏 名														電話															
支 払 機 関 欄	金融機関名						銀 行 信用金庫				本店(所)				預金種別				1. 普通 2. 当座 3. ()																	
							信用組合 協同組合				支店(所)																									
同 意 記 録 欄	口座名義カタカナで記入												口座番号																							
	同意医師の氏名						住 所				同意年月日				傷 病 名				要治療期間																	
										年 月 日																										

様式第 19 号の 2 の次に次の 1 様式を加える。

様式第 19 号の 2 の 2 (第 14 条関係)

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (あんま・マッサージ用)

○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○保険者番号		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																										
		年 月 日																														
被 保 険 者 欄	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		○業務上・外、第三者行為の有無																												
				1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																												
		明・大・昭・平 年 月 日生		○施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																												
初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分																										
年 月 日		自・ 年 月 日 ～ 至・ 年 月 日		日		新 規 ・ 継 続																										
傷病名及び症状						転 帰																										
						継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医																										
施 術 内 容 欄	マ ッ サ ー ジ (施 術 科)	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																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		訪問施術科 1	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		訪問施術科 2	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		訪問施術科 3 (3人～9人)	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		訪問施術科 4 (10人～19人)	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		訪問施術科 5 (20人以上)	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		温電法(加算)	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		温電法・電気光線器具(加算)	円 × 回 = 円																													
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
		施術回数	回	回	回	回	回																									
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円 × 0.5 × 回 = 円																													
		特別地域(加算)	円 × 回 = 円																													
		往療料	円 × 回 = 円																													
		施術報告書交付料(前回支給: 年 月 分)	円 × 回 = 円																													
明細書発行加算	円 × 回 = 円																															
合 計	円																															
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】				減額後合計額		円																										
一部負担金相当額 (1割・2割・3割)						円																										
請 求 額						円																										
施術日	訪問2 ②	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
通所 ○ 訪問3 ③																																
往療 ◎ 訪問4 ④																																
訪問1 ① 訪問5 ⑤																																
○住療又は訪問の理由	1. 徒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徒歩による外出困難 3. その他 ()																															
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計金額または減額後合計金額)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																									
	年 月 日		所在地 〒																													
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		名 称		電 話																									
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。		〒																													
	年 月 日		申請者 住 所																													
	福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様		(被保険者) 氏 名				電 話																									
支 払 機 関 欄	金融機関名		銀 行 信用金庫		本店(所)		預金種別																									
			信用組合 協同組合		支店(所)		1. 普通 2. 当座 3. ()																									
	口座名義 カタカナで記入				口座番号																											
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名																									
					年 月 日																											

様式第 19 号の 3 を次のように改める。

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																			
											年 月 日																													
	療養を受けた者の氏名										(フリガナ)										○業務上・外、第三者行為の有無																			
																					1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他()																			
										明・大・昭・平										年 月 日生										○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)										
施 術 内 容 欄	初療年月日										施術期間										実日数										請求区分									
	年 月 日										自・ 年 月 日 ～ 至・ 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										5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()										転 帰									
																															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																			
	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人～9人)										円× 回＝																				円									
電療料(加算) 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具										円× 回＝										円																				
特別地域(加算)										円× 回＝										円																				
往療料										円× 回＝										円																				
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)										円× 回＝										円																				
明細書発行加算										円× 回＝										円																				
合 計										円																														
一部負担金相当額(1割・2割・3割)										円																														
請 求 額										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																														
通所○ 訪問2 ②																																								
往療◎ 訪問3 ③																																								
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()																														
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計金額)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																			
	年 月 日										施 術 所 所在地 〒										—																			
	免許登録番号										はり師 施 術 者 氏 名										電 話																			
申 請 欄	免許登録番号										きゅう師 施 術 者 氏 名										電 話																			
	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。										〒										—																			
	年 月 日										申請者 住 所																													
支 払 機 関 欄	福岡県後期高齢者医療広域連合										申請者 (被保険者) 氏 名										電 話																			
	広域連合長 様																																							
	金融機関名										銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合										本店(所) 支店(所)																			
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入										口座番号																													
	同意医師の氏名										住 所										同意年月日																			
																				傷 病 名										要加療期間										
																				年 月 日																				

様式第 19 号の 3 の次に次の 1 様式を加える。

療養費支給申請書 (

年 月分) (はり・きゅう用)

被保険者資格の記号番号										○発病又は負傷年月日			○保険者番号										○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過									
年 月 日										年 月 日										年 月 日												
療養を受けた者の氏名 (フリガナ)										○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他() ○施術した場所 (施設等に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																						
																														明・大・昭・平 年 月 日生		
初療年月日										施 術 期 間										実日数					請 求 区 分							
年 月 日										自 年 月 日 ～ 至 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 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												
はり・きゅう										施術の種類										1術 回					2術 回							
通所										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
訪問施術料 1										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
訪問施術料 2										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
訪問施術料 3 (3人～9人)										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
訪問施術料 4 (10人～19人)										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
訪問施術料 5 (20人以上)										円×										回=					円							
(月16回以降の施術に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
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										円×										回=					円							
(月16回以降の施術における加算に係る50%減額)										円× 0.5×										回=					円							
特別地域(加算)										円×										回=					円							
往療料										円×										回=					円							
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)										円×										回=					円							
明細書発行加算										円×										回=					円							
合 計																																
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減額対象)【該当の場合○】																				減額後合計額					円							
一部負担金相当額 (1割・2割・3割)																									円							
請 求 額																									円							
施術日 訪問2 ② 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																																
通所 ○ 訪問3 ③ 月																																
往療 ◎ 訪問4 ④																																
訪問! ① 訪問5 ⑤																																
○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()																						
上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計金額または減額後合計金額)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												
年 月 日										施 術 所 所在地 〒										名 称												
免許登録番号										はり師										氏 名												
免許登録番号										きゅう師										氏 名												
年 月 日										住 所										電 話												
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様										申請者 (被保険者) 氏 名										電 話												
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。										〒										—												
年 月 日										住 所										電 話												
金融機関名										銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合										本店(所) 支店(所)					預金種別 1. 普通 2. 当座 3. ()							
口座名義 カタカナで記入										口座番号																						
同意医師の氏名										住 所										同意年 月 日					傷 病 名							
年 月 日																									要加療期間							

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の規定に基づいて提出されている申請書は、この規則による改正後の規定に基づいて提出されたものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の規定に基づいて作成されている用紙は、この規則による改正後の規定にかかわらず、当分の間、修正して使用することができる。