

平成25年2月19日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

東日本大震災の被災に伴い施術録等を滅失又は棄損した
柔道整復師の施術に係る療養費の支給について

公益社団法人日本柔道整復師会会長より、平成23年3月11日の東日本大震災に伴い、同会傘下の社団法人宮城県柔道整復師会会員11名が、施術録等の滅失又は棄損により療養費の支給申請ができないことについて別添のとおり要望があったところ、本要望及び同様の請求があった場合については、下記のとおり取り扱うこととするので、適切に御対応いただきますよう、よろしく願いいたします。

記

- 療養費の算出方法については、以下のとおりとする。

$$\left(\begin{array}{l} \text{平成22年11月から平成23年1月} \\ \text{の当該柔道整復師の1日当たりの施術} \\ \text{に係る療養費} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{l} \text{平成23年3月1日から} \\ \text{同月11日までの施術実} \\ \text{日数} \end{array} \right)$$

2. 上記1の「当該柔道整復師の1日当たりの施術に係る療養費」の額については、以下のとおりとする。

平成22年11月～平成23年1月の当該柔道整復師の
施術に係る療養費の支給額

70

3. 請求については、別紙様式により作成し、届出のあったものについて取り扱う。
4. 請求に当たっては、罹災証明書及び平成22年11月から平成23年1月の柔道整復師の施術に係る療養費の支給額を証明する書類（保険者からの各月の銀行口座振込額が記載された書類等）を添付することとする。
- ただし、これらの書類の入手等に時間を要する場合は、消滅時効の完成時期が迫っていることを踏まえ、後日、書類が整い次第提出させることを前提として、これらの書類が添付されていなくても上記3の届出は受理されるべきであること。

以上

厚生労働省保険局医療課	
(担当) 療養指導専門官	西 窪
医 療 係	峯
(代表電話) 03-5253-1111	
	内線3276
(直通電話) 03-3595-2577	

(別添)

平成25年2月6日

厚生労働省
保険局医療課長 殿

公益社団法人日本柔道整復師会
会 長 萩原 正
保険部長 萩原 正和

東日本大震災の被災に伴い施術録の流出、紛失した被災会員の
柔整療養費の請求不能にかかる救済について (お願い)

社団法人宮城県柔道整復師会より、平成23年3月11日の東日本大震災発生に伴う標記に係る資料の提示が「別添」のとおりありましたので、平成7年1月17日の阪神・淡路大震災発生への対応と同様に、平成23年4月1日事務連絡「東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関する診療報酬等の請求の取扱いについて (その2)」に準じて取り扱って頂くよう特段のご配慮を宜しくお願い申し上げます。

社団法人宮城県柔道整復師会
被災会員人数 11名分

宮整発第 24-262A 号
平成 25 年 1 月 29 日

公益社団法人日本柔道整復師会
保険部長 萩原 正和 様

社団法人宮城県柔道整復師会
会長 豊嶋 良一
(公印省略)

東日本大震災の被災に伴う柔整療養費の請求に関わる資料送付について

拝啓 厳冬の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より弊会公益事業活動、保険取扱い業務等に関し、ご指導ご鞭撻を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、東日本大震災被災により施術録等が流出、紛失した場合の請求方法について、貴会 H24.12.7 発文書にてご提示のありました厚生労働省との協議用資料が揃いましたので、送付申し上げます。

何卒特段のご配慮を賜ります様、宜しくお願い申し上げます。

尚、詳細についての問合せ等ご連絡は、当会保険部長 松元 (☎090-6688-2561) までお願い致します。

敬具

記

①. 被災会員人数 11名

[送付資料]

② 該会員の被災(り災)証明書……施術所と自宅が同棟の場合もある為

③ 該会員の振込総額(H22.11月～23.1月施術分一国保・協会健保分) 一覧表

以上

(別紙)

東日本大震災に伴う被災に関する概算による
柔道整復師療養費の請求に関する届出書

東日本大震災に伴う被災に関する概算による柔道整復療養費の請求（平成23年3月1日～11日施術分）を行いたいのので、次のように届け出ます。

平成 年 月 日

(被災時)

施術所の所在地： 〒

施術所の名称：

登録記号番号：

(届出時)

施術所の所在地： 〒

施術所の名称：

登録記号番号：

連絡先電話番号：

柔道整復師（施術管理者）氏名

印

(保険者等*)

殿

※全国健康保険協会管掌健康保険は全国健康保険協会都道府県支部、船員保険は全国健康保険協会東京支部、組合管掌健康保険は健康保険組合、国民健康保険は市町村及び特別区並びに国民健康保険組合、後期高齢者医療は後期高齢者医療広域連合

○平成23年3月1日～11日までの施術実日数を記入すること

日

請求金額 円

(計算式)

平成22年11月～平成23年1月の当該柔道整復師の施術に係る療養費の支給額

70

×

平成23年3月1日から同月11日までの施術日数

=

請求金額

支払機関	支払区分	預金の種類	金融機関		フリガナ
	1. 振込	1: 普通	銀行	本店	口座名称
	2. 銀行送金	2: 当座	金庫	支店	
3. 当地払	3: 通知	農協	本・支所	口座番号	
	4: 別段				

(添付書類)

- 罹災証明書
- 平成22年11月から平成23年1月の柔道整復師の施術に係る療養費の支給額を証明する書類（保険者からの各月の銀行口座振込額が記載された書類等）