

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 代理受領による療養費の支給申請に関する留意事項

第1 療養費代理受領者登録届及び申請書の提出について

(1) 療養費代理受領者登録届について

新規の療養費代理受領者登録届にあたって必須となる書類は以下のとおりです。

- ①療養費代理受領者登録届出書（様式第1号）
- ②誓約書（様式第2号）
- ③事業所及び施術所登録票（様式第3号）
- ④従業者等登録票（様式第4号）
- ⑤はり、きゅう師又はあん摩マッサージ指圧師の免許証（写し）
- ⑥保健所収受が確認できる開設届出書もしくは出張専門施術業務開始届出書等の写し
- ⑦事業運営指針（参考様式第1号）

また、代理受領者登録を行おうとする者が、法人または団体、組合等の場合（「届出の施術所（施術師）＝口座振込名義」ではない場合）には、追加として下記の書類を添付してください。

- ⑧役員名簿（様式第5号）
- ⑨代理受領を行おうとする施術所等とその属する団体、企業等との間で交わした委任状または契約書等の写し
- ⑩法人化されている団体、企業にあっては、法人登記簿謄本及び定款の写し

【経過措置】

すでに旧「施術機関登録連絡票」により登録番号が通知された代理受領者で、引き続きその登録番号を利用したい時は、前述した資料（①から⑦、法人または団体組合等にあっては①から⑩）を平成28年4月末必着で送付してください。

どうしても間に合わない場合には必ず当広域連合まで連絡をしてください。

※提出書類を作成するにあたっての注意点。

- ①提出資料の記載が虚偽（例：従業者等登録票に記載されている者の名義貸しや、記載対象者氏名の無断使用等）があったときは、届出を不受理とするとともに代理受領の取扱を5年間中止します。
- ②当広域連合のほか、他都道府県後期高齢者医療広域連合及び市町村等の他保険者に、代理受領の取扱を中止されている者や、過去に不正に関与していると疑われている者等が名簿に掲載されている場合、届出を不受理とします。
- ③「従業者等登録票」において、往療を行う施術所等への施術師登録は、施術師1名につき1か所のみとします（**施術師が2か所以上の起点を持つことを不可とします**）。施術師に2か所以上の起点が確認された場合は、届出を不受理とします。

（2）療養費支給申請書の提出について（要領第8条関係）

必ず患者より一部負担金を徴収してから申請書を提出してください。

また、申請書の写し（副本）を患者に必ず交付してください。

申請書を提出する際には、施術内容や療養費の支給基準等との整合性を精査したうえで、施術月分ごとに取りまとめて提出してください。

施術月から3か月を経過して提出された申請書は、やむを得ない理由がある場合を除き、代理受領による療養費の請求は認めません。理由がある場合は事前に当方へ連絡してください。

【はり・きゅう、あん摩・マッサージの療養費支給申請書提出にあたり必要となる書類】

- ①送付内訳書・・・月別・施術別に作成し、件数と金額を必ず記載してください。また、法人または組合団体等においては、施術師別に取りまとめてください。
- ②療養費申請書・・・当広域連合で示している様式と、同等の記載内容が確認されていれば可としますが、施術機関登録番号は必ず記載してください。
- ③往療料内訳一覧・・・通院による施術の場合は添付する必要はありません。
- ④医師の同意書・・・今後、指定の同意書を必ず添付してください（詳細は別項目で説明）。
- ⑤往療日報の写し（追加）・・・施術師1名につき、施術月分1部を添付してください。

⑥領収書控えの写し（追加）・・・福祉医療対象者は不要ですが、申請書の摘要欄に「福祉医療」等の記載をしてください。

⑦療養費申請書副本受領書の写し・・・参考様式3を参考に、各自作成し、毎月写しを添付してください。受領書は被保険者（若しくは親族等）の自署捺印により作成してください（PC入力は不可とします）。

⑧委任状（追加）・・・新規申請と他保険からの継続の場合のみ添付することになりますが、4月施術分に関しては、すべての被保険者を添付の対象とします。また、被保険者（若しくは家族等）から必ず直筆で署名をもらってください（PC入力は不可とします）。

※提出の際の注意点として、申請書一式は単純に重ねて提出してください（ホチキス、のり付け等は不可）。また、すべてA4サイズにして提出してください（領収書控えはA4サイズに複数枚の領収書の写しでも可）。

第2 療養費の支給対象について

（1）あんま・マッサージ

適応症は、一律にその診断名（病名）によることなく筋麻痺・関節拘縮等で医療上マッサージを必要とする症例が支給対象であり、それ以外（疲労回復や慰安、リラクゼーション目的等）のものは支給対象外となります。

（2）はり・きゅう

慢性病であって医師による適当な治療手段のないものとされており、6疾患（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）とこれに類する疾病について、医師の同意が得られていれば支給対象とします。

第3 医師の同意について

施術に係る療養費の支給は医師の同意が必須であり、申請には必ず同意書（若しくは診断書）を添付してください。また、申請書への記載のほかにも、医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間（医師より指示がある場合）については必ず施術録等により記録を残す、若しくは被保険者からの同意を得たうえで同意書等の写しを保管してください。

(1) 同意書様式

同意書の添付については、下記のどちらかの方法によるものとします。なお、下記様式でなくても、下記様式と同等な内容が記載されている同意書であれば可とします。

①秋田県後期高齢者医療広域連合指定の様式（様式第10号、様式第11号）

②従来の厚生労働省で示している様式及び往療料申請意見書（参考様式第4号）

注意1：新規申請の際は、①による提出であっても、「歩行・通院・介助の状況」欄に医師からの記載がない場合は、①と併せて②にある往療料申請意見書を添付してください。

注意2：往療料が発生しない場合は、①の場合「歩行・通院・介助の状況」欄が空欄、②の場合は、往療料申請意見書が未添付であっても申請は受け付けます。

注意3：①及び②において、往療料申請意見書の添付が無い場合でも申請書は受付しますが、施術師等に往療料申請意見書の内容を文書にて照会し、その回答により支給（不支給）決定を判断いたします。

(2) 再同意

口頭による再同意も可としますが、できる限り前述のいずれかの方法で同意書を添付してください。

(3) 主治の医師について

同意書は、できる限り施術を受けるに至った疾病に係る「主治の医師」から得てください。疾病について、従前の医療機関による診断・治療があるにもかかわらず、やむを得ない理由も

なく他の医療機関を受診して発行されたと思われる申請（同意書）については、医師照会等により事実関係を調査したうえで、当該申請の支給（不支給）決定・返戻を判断いたします。

（４）保険種別変更の場合の同意書の取扱い

既存の同意書であっても、その同意期間内のみ有効とします。申請にあたっては他保険で使用した同意書の写しを添付し、かつ摘要欄等に「同意書は他保険継続による」といった記載と往療料申請意見書を作成・添付してください（往療の必要がない場合は、往療料申請意見書の添付は必要ありません。）ただし、前述の再同意の取り扱いとしてください。

（５）変形徒手矯正術について

必ず1か月ごとに同意書を添付してください。

第４ 施術料について

次に掲げる事例は、療養費の支給申請はできません。

（１）患者が保険医療機関に入院しているとき

患者が保険医療機関に入院している間（一時帰宅中も含む）、施術に係る療養費は支給できません。このことについて、患者に対し直接確認するとともに、施術所内の見やすい場所に掲示して周知するなど、入院中に施術が行われないよう対応してください。療養費の支給後、入院中の患者への施術が判明した場合は、広域連合へ報告のうえ療養費を返還してください。

（２）片道16kmを超える往療

往療による施術に係る療養費は、片道で16kmを超える場合は原則として支給できません。患者の居宅から16km以内に保険医療機関がないときなど、やむを得ない理由があるときは、あらかじめ広域連合に問い合わせてください。

（３）変形徒手矯正術について

療養費は躯幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢をそれぞれ1単位として支給します。しかし、

変形徒手矯正術を算定する場合、マッサージと変形徒手矯正術の施術料を重複して算定することはできません。

(例) 1か月に3日、かつ5単位のうち四肢で変形徒手矯正術を行った場合、

躯幹(275円)×3日=825円・・・①

変形徒手矯正術(565円)×四肢×3日=6,780円・・・②

①825円 + ②6,780円 = 7,605円

(4) はり・きゅうにおける初検料について

初検料は初回の場合のみ支給できます。治癒後に同一月内で新たな疾患・同意書で施術を行った時や再発の場合は、同意書の記載内容や医師照会等で確認のうえで支給の可否を決定します。施術継続中に保険種別に変更があった場合や、施術継続中で新たな疾患により施術を行った場合は支給できません。

第5 往療料について

(1) 支給要件

往療料は以下の3つの要件をすべて満たしている申請だけが特例として支給対象となります。

①通院できないやむを得ない理由があること

往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等がある場合に支給できるものです。患者が単独で交通機関等を利用して医療機関や施術所に行くことができると保険者が判断する場合は、同意書の記載内容に関わらず返戻します。

②患者本人からの要請に基づくこと

往療は、必ず患者本人(正常な判断能力を有しない場合にあつてはその家族)からの求めに応じて行ってください。介護老人福祉施設に入所している場合などで、当該施設の管理者が患者本人の同意を得ないで施術を依頼した場合などは、往療料を算定できません。

③治療上の必要がある場合に限ること

往療料は、疾病や負傷の治療を受ける患者が、その疾病の治療上、往療が真に必要であると認められる場合に限り算定できるものです。なお、往療料は原則としてその患者からの要請があった日に算定できるものであり、施術師が曜日を決めるなどして定期的・計画的に往療を行うような場合は、支給対象とはなりません。

※往療料の算定要件を満たさない場合であっても、その施術が治療上必要であるときは、施術料については算定できます（16 km以内に限る）。

(2) 同一家屋内における複数患者や複数施術師による施術の取扱いについて

同日に同一家屋内で複数の患者が施術を受けた場合、往療料は別々に算定できません。同様に、同一家屋で複数の患者を複数の施術師が行った場合の往療料も算定はできません。患者側にやむを得ない理由があるときは、あらかじめ当広域連合に問い合わせてください（ただし、施術師の選好みは「やむを得ない理由」とはなりません）。

※「同一家屋」について

「同一家屋」とは、患者の居宅だけでなく、介護老人福祉施設等の施設や、サービス付き高齢者向け住宅など患者が共同生活を営む賃貸住宅を含みます。

(具体例) 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム

老人短期入所施設（ショートステイ）、グループホーム など

分かりにくい形態のものについては、必ず当広域連合に問い合わせてください。

(3) 老人デイサービスセンター等の通所施設への往療について

施術に係る療養費は、居宅または居宅とみなすことができる介護老人福祉施設等の入所施設などにおいて施術を受けたときに限り支給できるものであり、通所介護事業所（いわゆるデイサービス）などの通所施設や介護老人保健施設（医療を行うことのできる施設）において施術を受けるときは、原則として支給の対象となりません。

ただし、通所先でなければ施術を受けることができない特別の事情があるときは、当広域連合に問い合わせてください。また、通所施設において患者に施術を行うときはその事業所の同意を得たうえで、サービス提供時間外に施術を行ってください。通所介護のサービス提供時間中に受けた施術は、療養費の支給申請の対象となりません。

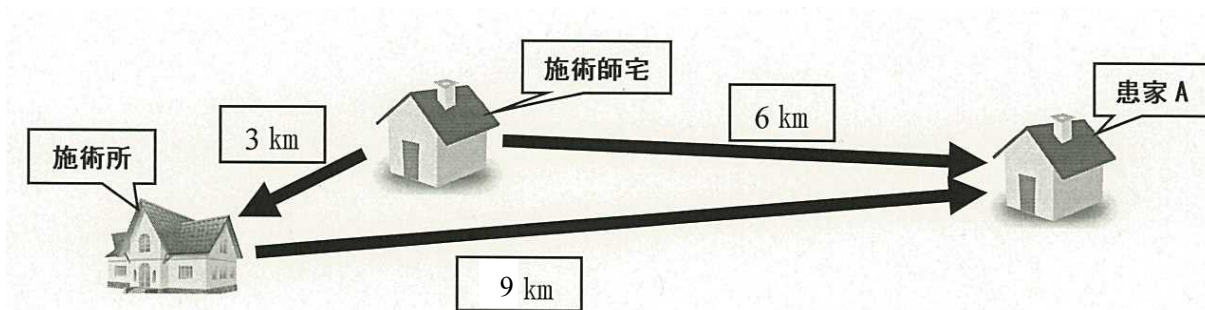
(4) 往療料の算定方法

往療の算定にあたっては、起点は施術師1人1か所の保健所登録所在地（出張専門若しくは事業所開設届）とし、往療の実態に則した算定方法とします。

①から⑤の例を参考として示しますが、往療料の算定について不明な点がある場合は、必ず広域連合にお知らせください。また、患者の状態が回復したなど、往療の必要がないと疑われる申請（「一人で買い物をしていた」「車を運転していた」等の通報による情報提供のあった患者を含む）はすべて返戻します。

① 自宅から施術所に通い、施術所を起点として往療する場合

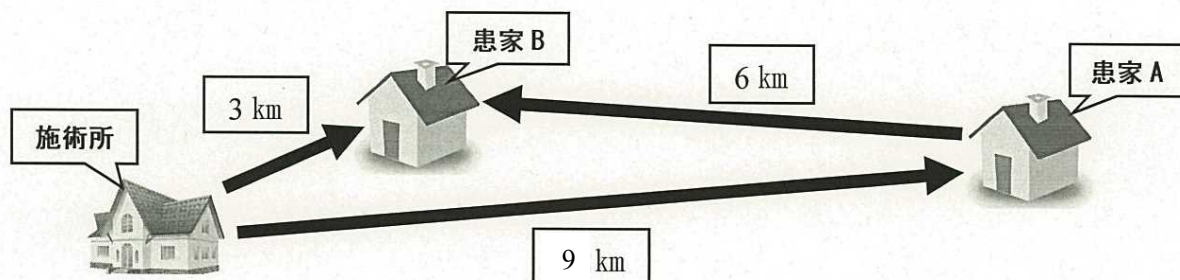
（直線距離：施術師宅～患者A＝6 km、施術所～患者A＝9 km 自宅～施術所＝3 km）



施術師宅と施術所が別に存在する場合で、往療料の算定及び往療ルートの実態について、疑義が生じる時（施術師宅から患者Aまでの直行直帰が疑われる時など）は当該施術月分の申請すべてを返戻します。また、保健所登録していても、往療料の算定を有利にすることを目的に、営業実態のない施術所を設けている、往療実態に虚偽がある、などについて当広域連合が判断した場合は、申請書をすべて返戻するとともに、事業所・施術師の不正行為とみなし、調査を行います。

②施術所から2世帯以上を往療する場合

(直線距離：施術所～患家A=9 km、患者A～患家B=6 km)

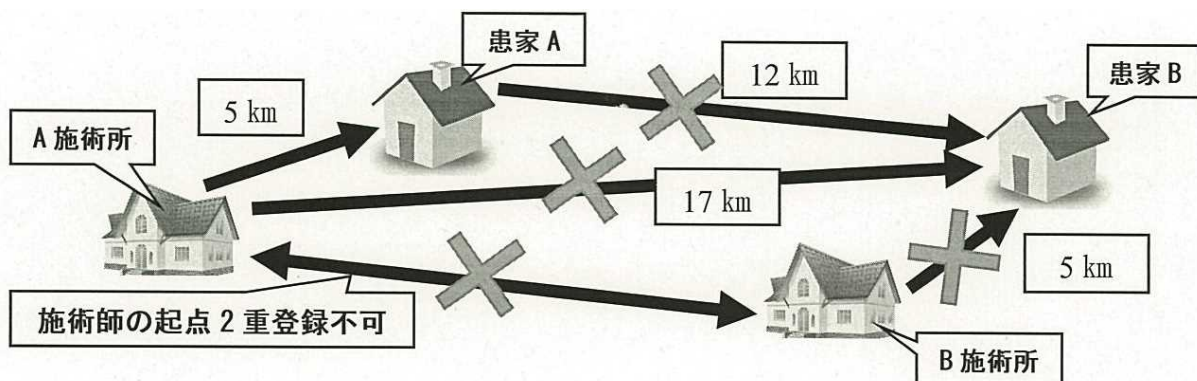


施術所から患家Aまでは往療料を9 kmで算定しますが、患家Aから患家Bまでの往療料は、患家Aから患家Bまでの距離と、施術所から患家Bまでの距離を比較し、距離が短い方で算定することとなります。よって図の場合は6 kmではなく3 kmでの算定となります。3件目以降も同様に距離を比較しながらの算定となります。

※注意点：先順位患家はすべての保険診療・自由診療が対象となります。後期高齢者医療保険対象者以外の方が起点となる場合は、往療料内訳一覧の名前の横に保険種別を明記するか、備考欄に「【氏名】は国保（社保・生保・自由）診療」という記載をしてください。

③施術所から2世帯以上を往療するが、16 kmを超える場合

(直線距離：A 施術所～患家A=5 km、患家A～患家B=12 km)



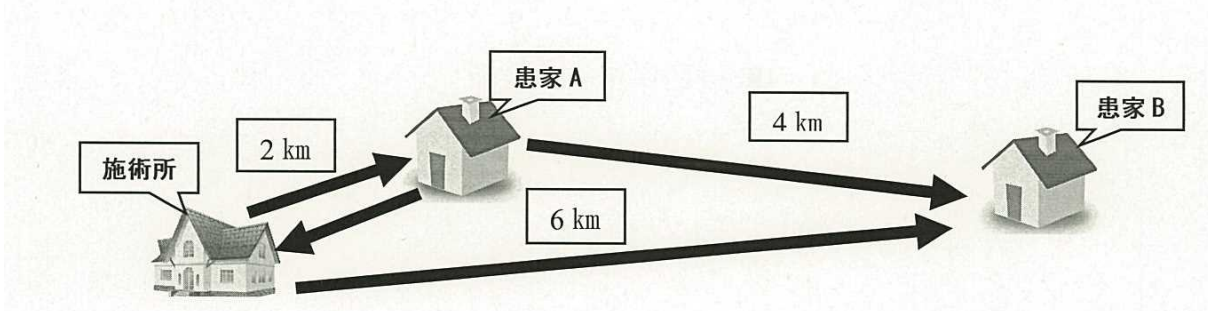
A 施術所から患家Aまでは②同様に算定可能ですが、患家Aから患家Bまでの往療は、A 施術所から患家Bまでの距離が16 kmを超えているため、患家Bは療養費申請ができません。

本来は患家Bが半径16 km以内の施術師に依頼する必要があるため、わざわざ遠距離の施術所に依頼することは患家Bの「自己都合」であり、この場合は施術料・往療料ともに支給対象外となります。

16 kmを超えていることを理由に往療実態のあわない B 施術所に施術師を登録して、患者 B の往療料を算定 (5km) しての施術に係る療養費申請はできません。

④往療後、一旦事業所にもどり、また別の患者に往療した場合

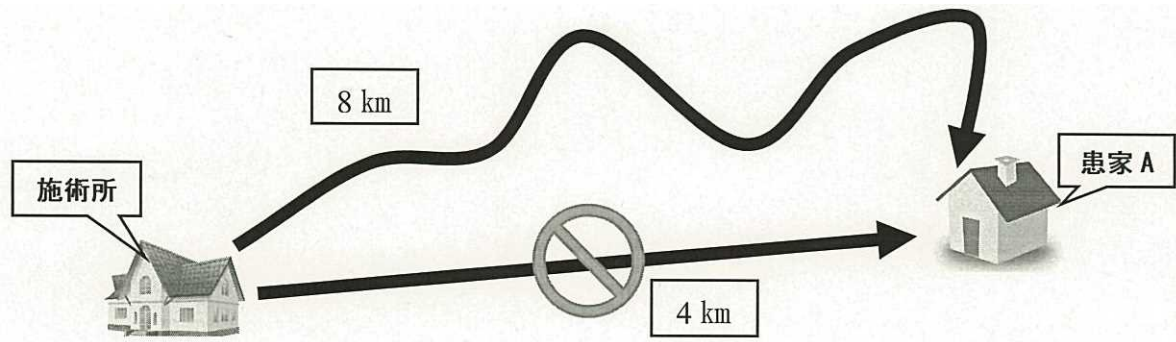
(直線距離：施術所～患者 A=2 km 施術所～患者 B=6 km 患者 A～患者 B=4 km)



患者 A は 2 km で往療距離を算定しますが、その後いったん施術所に戻って新たに患者 B に行く場合は、合理的な理由 (事業所に来ている患者に施術する、午前の往療が終了したため一旦昼食を摂りに事業所へ戻る、等) があれば、施術所から患者 B の実態距離である 6 km で算定します。理由がない場合は 4 km で算定します。

⑤直線距離と往療に行くための実際の距離に大きな差異がある場合

(直線距離：施術所～患者 A=4 km 実際の距離：施術所～患者 A=8 km)



患者 A に往療するにあたり、他に合理的なルートがない場合は、直線距離の 4 km ではなく、実際の距離である 8 km で往療料を算定します。なお、直近のルートが通行止めでやむを得ず迂回した、といった例でも算定は可能ですが、追加資料 (通行止め期間が分かるチラシ・広報等) の提示を求められます。なお、前述した 2 世帯以上の往療の場合にも適用しますが、条件として直線距離と実体の距離の差が 2 倍以上ある往療を対象とします。

第6 申請書における摘要欄の記載事項について

以下のような場合には、必ず申請書「摘要」欄に所要の事項を記載してください。

(1) 複数の施術師により施術を行ったとき

1人目は施術証明欄への記載とし、2人目以降は摘要欄に「複数施術師」と記入し、他の施術師の氏名と施術日を記載してください。また、往療料の算定上起点が異なる場合には起点となる住所も記載してください。また、施術師氏名の個所には施術師の捺印をしてください。

(2) 被保険者住所と異なる場所に赴いて施術を行ったとき

被保険者証に記載されている被保険者住所と異なる場所（有料老人ホーム等）に赴いて施術を行ったときは、摘要欄に施術場所の住所及び施設名等を記載してください。

(3) 同意書原本ではなく写しのとき（他保険からの継続1回のみ有効）

前の項目である「第3 医師の同意について」でも触れていますが、摘要欄に「同意書は他保険継続」といった記載をしてください。

・・・上記のほか、申請において広域連合から指摘された事項や審査にあたり、注意してほしい事項はできるだけ摘要欄に記載するようにしてください。

第7 基準に基づく書類の整備について

提供する施術が療養費の支給基準に適合していることを管理するとともに、疑義が生じたとき、それぞれの保険給付における正当性を挙証できなければなりません。患者毎の所要の記録等が不十分でないか点検し、次のような書類を必ず整備してください。

(1) 施術録

療養費支給申請を裏付ける必要な補助簿として、施術者毎の施術録を整備してください。施術録には、担当施術師氏名、患者氏名、症状、施術方針、施術日時、施術の種類、施術時間、施術の提供場所、一部負担金の額、施術経過所見（新たな症状や症状の変化、施術の効果、施術方針の変更等）、再同意年月日などを記載します。

また、次に該当するときは、所要事項を明記してください。

①複数の施術師により施術を行ったとき

1人の患者に複数の施術師が交代で施術を行ったときは、施術経過所見欄に、その年月日及び施術師氏名を記載してください。

②被保険者住所と異なる場所に赴いて施術を行ったとき

被保険者証に記載されている被保険者住所と異なる場所に赴いて施術を行ったときは、施術経過所見欄に年月日と施術場所の住所及び施設名等を記載してください。

(2) 往療日報（往療記録簿、運行記録簿）

その日の往療の順番や施術を行った日数、運行経路がわかる資料を必ず準備してください。一日の往療順の実態は往療料の算定に影響することから、すべての保険、自由診療の方を対象とし、「往療先の住所」「保険種別」「施術時間」「移動時間」「移動距離」を記録した表を作成してください。

※例として、別紙のとおり往療日報様式を提示しますので、作成にあたり参考としてください。

(3) 療養費申請書副本受領書

代理受領の取扱による申請にあっては、必ず被保険者に対して支給要件や施術料、一部負担金等について説明を行い、同意を得て施術を行ってください。申請書類の写し（副本）を被保険者に交付するにあたり、被保険者が受領したことが確認できるよう、受領書を作成して、被保険者等から署名・捺印をもらってください（参考様式3）。

※注意点：副本の作成にあっては、対象を「申請書」「往療料内訳一覧」「同意書」の3点とします。副本を被保険者（申請者）に交付する際は、往療料内訳一覧の先順位患者の氏名は、黒で塗りつぶして交付してください（ただし、広域連合提出分は塗りつぶしを不可とします）。

(4) 一部負担金徴収簿、領収書（控）の保管と会計庶簿等の整備

一部負担金の支払は、医療保険各法に基づく被保険者の義務です。

また、後期高齢者医療制度の被保険者については、一部負担金を全額負担しているものとして高額療養費及び高額介護合算療養費を算定し、支給していることから、一部負担金が適正に徴収されている必要があります。よって、被保険者が一部負担金を支払っていない場合、療養費の支給申請はできません。一部負担金を適正に徴収するために必要な書類として、一部負担金徴収簿と領収書控えを必ず整備・保管してください。なお、一部負担金の未払の原因が被保険者にあるときは、広域連合より被保険者に対して一部負担金を支払うよう指導を行うので、そのような事例ある際には必ず報告してください。

なお、基準第19条により経理の区分を行うこととしていることから、事業・施術に係る経理収支（一部負担金、保険者の療養費入金、施術師、従業員への賃金支払等）を明確にしたうえで、会計庶簿等を整備してください。

(5) 委任状（副本）の保管

新規申請及び他保険からの継続により代理受領による申請を行う際には、前述のとおり委任状が必要となります。当該書類は原本を広域連合に送付していただくこととなりますが、副本を必ず被保険者に交付し保管するよう指導するとともに、代理受領者も副本を保管してください。

併せて、申請書の添付資料である往療料一覧の作成には、場合によって他の被保険者の申請書類に個人情報（住所・氏名）が掲載されることとなります。このことについても本人（若しくは家族）から了承を得てください。

第8 不正・不適正請求に対する対応について

支給した療養費の支給要件適合等に疑義が生じた場合は、当広域連合において被保険者等の聞き取りなどによる調査を実施し、その結果に基づき、所要の改善事項等に関し指導を行うとともに、不正又は不適正な請求があったときは返還していただくほか、療養費代理受領の取扱いを中止します。これらの取扱いについては、次のとおりです。

(1) 保険請求に疑義がある場合の調査について

当広域連合における書類点検や、通報等に基づく情報などにより、療養費の支給要件等に関し疑義が生じた時は次により調査を行います。なお、調査は関係機関（市町村等）と共同で行う場合があります。

①患者調査

この調査は、患者等に対して高齢者の医療の確保に関する法律第60条及び第137条の規定に基づき行うもので、疑義の有無にかかわらず、随時調査を行います。その調査において不正又は不適正な請求が確認された時は、原則として代理受領者または施術所の全患者について調査を行い、調査結果が判明する間は、代理受領者への療養費の支払を保留します。

②施術所（事業所）調査

代理受領者及び施術所に対して随時、施術録や往療日報及び一部負担金徴収簿などの関係書類に基づく支給要件の確認報告や、関係書類の閲覧又は提出などを求めます。

※代理受領者及び施術所等が、調査に応じない、調査を妨害する、提出期限までに資料を提出しない、といった非協力的態度と判断した場合は、提出されている療養費の申請はすべて保留とし、事実を確認後、ただちに代理受領を中止します。

③法定検査

前述②において調査を拒んだ場合、法令に基づく質問・検査権を有する秋田県に通報し、県と広域連合による共同調査を行うことがあります。この調査に応じない、または妨害したりしたとき等は、罰則の適用を受けることがあります。

(2) 自主点検による返還について

不適正な請求が、軽微な過失による場合は自主点検を行い報告してください。

(3) 調査結果に基づく通知等

① 施術所への通知

療養費申請及び代理受領に関して軽微と判断される不適正事実が認められた場合には、その事実を通知し、是正を求めます。また、その管理運営に改善すべき事項が認められるときは、この旨を通知するとともに、改善誓約書の提出を求めます。

② 関係団体への通知

是正又は改善事項の通知を受けた施術所が、県内のはり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師で構成する社団法人等の会員であるときは、当該社団法人等に対し、その是正又は改善事項に関し施術所の指導を行うよう要請します。

(4) 代理受領の取扱いの中止について

施術所の不正又は不適正な請求に係る代理受領の取扱いは次のとおりです。

① 代理受領の取扱いを中止するとき

下記のいずれかに該当する場合は即日中止とします。また、中止時点で提出されている申請書は全て返戻します。

- 1) 故意又は重大な過失により不正又は不適正な療養費の請求を行ったとき
- 2) 不適正な取扱いについて改善がみられないとき
- 3) 他都道府県広域連合及び市町村等の他保険者より代理受領の中止が確認されたとき
- 4) 療養費代理受領者登録届出書に係る提出資料において、新規、変更の如何によらず、虚偽の記載であることが認められるとき
- 5) 当広域連合が行う患者調査及び施術所調査等において妨害・非協力的であるとき

など

②故意又は重大な過失の判断について

故意又は重大な過失にあたるかどうかについては、施術所の管理運営状況や、施術録とその関連諸帳簿及び会計関係書類など所要書類の整備状況及び記録内容、関係者の供述等により、総合的に評価して判断します。

③代理受領の取扱いの中止対象者

雇用形態（委託契約、雇用契約、パート等含）や不正請求への関与の有無にかかわらず、従業者等登録票及び役員名簿に記載されている者全員を対象とします。ただし、その不正がある特定者のみであることが客観的に判断できる場合には、中止の対象者を限定する場合があります。

④療養費代理受領の取扱いの中止期間

5年間とします。

ただし、取扱い中止について5年を経過しても、返還金を完納できない場合は、完納するまで中止期間を延長します。

⑤中止期間中の措置

中止が決定した段階で、取扱いの中止を受けた者が開設、若しくは勤務して提出していた療養費支給申請書はすべて返戻します。また、取扱いの中止を受けた者が新たに事業所勤務していることが判明した場合、その事業所の療養費支給申請書はすべて返戻とします。

（4）療養費の返還金について

原則として過去5年間遡及して返還すべき療養費の額（返還金）を確定し、期限を定めて速やかな一括返還を求めます。

（5）公正証書の作成

返還に際しては、返還金が高額になった場合など、公正証書による損害賠償債務弁済契約を締結

していただきます。なお、書類の作成に要する手数料及び印紙代等の費用は、全額代理受領者の負担となります。

(6) 医療保険者への通知等

全国の都道府県後期高齢者医療広域連合及び県内市町村に対し、療養費代理受領の取扱いの中止を行ったことを通知します。また、秋田県に対して報告し、県から関係団体に対し療養費代理受領の取扱いの中止を行ったことを通知するよう要請します。

(7) 事実の公表

故意又は重大な過失による不正又は不適正請求案件については、その施術所の住所、名称、代表者氏名及び案件の概要などについて、県と協議の上、原則として公表します。

公表の方法は、報道機関や当広域連合ホームページなどによります。