

都道府県知事
地方厚生（支）局長 } 殿

厚生労働省保険局長
（公印省略）

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について

はり、きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の算定については、今般、従前の施術料金等下記のとおり改め、本年7月1日以降の施術分から適用することとしたので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、その取扱いに遺漏のないよう御配慮願いたい。

記

1 はり、きゅう

(1) 初検料

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
2,000円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
2,320円

(2) 施術料

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1,650円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1,820円

注1 はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電

気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として1回につき100円を加算する。

注2 特別地域の患者で施術を行った場合は、特別地域加算として1回につき250円を加算する。なお、片道16キロメートルを超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(3) 訪問施術料

訪問施術料1

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 3,950円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 4,120円

訪問施術料2

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 2,800円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2,970円

訪問施術料3

（3人～9人の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 2,110円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2,280円

訪問施術料4

（10人～19人の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1,800円
- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1,970円

訪問施術料5

（20人以上の場合）

① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1,720円

② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1,890円

注1 はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として1回につき100円を加算する。

注2 特別地域の患家で施術を行った場合は、特別地域加算として1回につき250円を加算する。

注3 片道16キロメートルを超える場合の訪問施術料及び特別地域加算は訪問施術を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(4) 往療料
1回につき 2,300円

注 片道16キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(5) 施術報告書交付料 480円

(6) 明細書発行加算 10円

注 患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

注1 同一の患者に対する月16回以降の施術については、施術料、訪問施術料及び電療料について所定料金の100分の50に相当する額により算定する。

注2 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率（訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。）が100分の90以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金（一連の施術において算定される全ての料金）について100分の80に相当する額により算定する。なお、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

2 あん摩・マッサージ

(1) マッサージを行った場合
1局所1回につき 470円

| | |
|----------|--------|
| 2局所1回につき | 940円 |
| 3局所1回につき | 1,410円 |
| 4局所1回につき | 1,880円 |
| 5局所1回につき | 2,350円 |

注 特別地域の患者で施術を行った場合は、特別地域加算として1回につき250円を加算する。なお、片道16キロメートルを超える場合の特別地域加算は、往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(2) 訪問施術料

① 訪問施術料1

| | |
|----------|--------|
| 1局所1回につき | 2,770円 |
| 2局所1回につき | 3,240円 |
| 3局所1回につき | 3,710円 |
| 4局所1回につき | 4,180円 |
| 5局所1回につき | 4,650円 |

② 訪問施術料2

| | |
|----------|--------|
| 1局所1回につき | 1,620円 |
| 2局所1回につき | 2,090円 |
| 3局所1回につき | 2,560円 |
| 4局所1回につき | 3,030円 |
| 5局所1回につき | 3,500円 |

③ 訪問施術料3

(3人～9人の場合)

| | |
|----------|--------|
| 1局所1回につき | 930円 |
| 2局所1回につき | 1,400円 |
| 3局所1回につき | 1,870円 |
| 4局所1回につき | 2,340円 |
| 5局所1回につき | 2,810円 |

④ 訪問施術料4

(10人～19人の場合)

| | |
|----------|--------|
| 1局所1回につき | 620円 |
| 2局所1回につき | 1,090円 |
| 3局所1回につき | 1,560円 |
| 4局所1回につき | 2,030円 |
| 5局所1回につき | 2,500円 |

⑤ 訪問施術料 5

(20人以上の場合)

| | |
|-------------|------------|
| 1 局所 1 回につき | 5 4 0 円 |
| 2 局所 1 回につき | 1, 0 1 0 円 |
| 3 局所 1 回につき | 1, 4 8 0 円 |
| 4 局所 1 回につき | 1, 9 5 0 円 |
| 5 局所 1 回につき | 2, 4 2 0 円 |

注 1 特別地域の患者で施術を行った場合は、特別地域加算として 1 回につき 2 5 0 円を加算する。

注 2 片道 1 6 キロメートルを超える場合の訪問施術料及び特別地域加算は訪問施術を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(3) 温罨法を (1) 又は (2) と併施した場合

1 回につき 1 8 0 円加算

注 温罨法と併せて、施術効果を促進するため、あん摩・マッサージの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合にあっては、3 0 0 円とする。

(4) 変形徒手矯正術を (1) 又は (2) と併施した場合

1 肢 1 回につき 4 7 0 円加算

注 変形徒手矯正術と温罨法との併施は認められない。

(5) 往療料

1 回につき 2, 3 0 0 円

注 片道 1 6 キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

(6) 施術報告書交付料 4 8 0 円

(7) 明細書発行加算 1 0 円

注 患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

注 1 同一の患者に対する月 1 6 回以降の施術については、マッサージ、訪問施術料、温罨法（電気光線器具を使用した場合を含む。）及び変形徒手矯正術について所

定料金の100分の50に相当する額により算定する。

注2 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率（訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。）が100分の90以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金（一連の施術において算定される全ての料金）について100分の80に相当する額により算定する。なお、出張専門の施術者が訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

○「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について」新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>1 はり、きゅう</p> <p>(1) 初検料</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 <u>2, 000円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 <u>2, 320円</u></p> <p>(2) 施術料</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>1, 650円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 1回につき <u>1, 820円</u></p> <p>注1～注2 (略)</p> <p>(3) 訪問施術料</p> <p>訪問施術料1</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>3, 950円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 1回につき <u>4, 120円</u></p> <p>訪問施術料2</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>2, 800円</u></p> | <p>1 はり、きゅう</p> <p>(1) 初検料</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 <u>1, 950円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 <u>2, 230円</u></p> <p>(2) 施術料</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>1, 610円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 1回につき <u>1, 770円</u></p> <p>注1～注2 (略)</p> <p>(3) 訪問施術料</p> <p>訪問施術料1</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>3, 910円</u></p> <p>② 2術 (はり、きゅう併用) の場合 1回につき <u>4, 070円</u></p> <p>訪問施術料2</p> <p>① 1術 (はり又はきゅうのいずれか一方) の場合 1回につき <u>2, 760円</u></p> |

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2, 970円

訪問施術料3

（3人～9人の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 2, 110円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2, 280円

（削る）

訪問施術料4

（10人～19人の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1, 800円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1, 970円

訪問施術料5

（20人以上の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1, 720円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1, 890円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2, 920円

訪問施術料3

（3人～9人の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 2, 070円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 2, 230円

（10人以上の場合）

- ① 1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
1回につき 1, 760円

- ② 2術（はり、きゅう併用）の場合
1回につき 1, 920円

（新設）

（新設）

注1～注3 (略)

(4)・(5) (略)

(6) 明細書発行加算 10円

注 患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

注1 同一の患者に対する月16回以降の施術については、施術料、訪問施術料及び電療料について所定料金の100分の50に相当する額により算定する。

注2 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率(訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。)が100分の90以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金(一連の施術において算定される全ての料金)について100分の80に相当する額により算定する。なお、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

2 あん摩・マッサージ

(1) マッサージを行った場合

| | |
|-----------|---------------|
| 1 局所1回につき | <u>470円</u> |
| 2 局所1回につき | <u>940円</u> |
| 3 局所1回につき | <u>1,410円</u> |
| 4 局所1回につき | <u>1,880円</u> |
| 5 局所1回につき | <u>2,350円</u> |

注 (略)

注1～注3 (略)

(4)・(5) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

2 あん摩・マッサージ

(1) マッサージを行った場合

| | |
|-----------|---------------|
| 1 局所1回につき | <u>450円</u> |
| 2 局所1回につき | <u>900円</u> |
| 3 局所1回につき | <u>1,350円</u> |
| 4 局所1回につき | <u>1,800円</u> |
| 5 局所1回につき | <u>2,250円</u> |

注 (略)

(2) 訪問施術料

① 訪問施術料 1

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>2, 7 7 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>3, 2 4 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>3, 7 1 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>4, 1 8 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>4, 6 5 0 円</u> |

② 訪問施術料 2

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>1, 6 2 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>2, 0 9 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>2, 5 6 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>3, 0 3 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>3, 5 0 0 円</u> |

③ 訪問施術料 3

(3 人～9 人の場合)

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>9 3 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>1, 4 0 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>1, 8 7 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>2, 3 4 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>2, 8 1 0 円</u> |

(削る)

④ 訪問施術料 4

(10 人～19 人の場合)

| | |
|-------------|----------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>6 2 0 円</u> |
|-------------|----------------|

(2) 訪問施術料

① 訪問施術料 1

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>2, 7 5 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>3, 2 0 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>3, 6 5 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>4, 1 0 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>4, 5 5 0 円</u> |

② 訪問施術料 2

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>1, 6 0 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>2, 0 5 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>2, 5 0 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>2, 9 5 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>3, 4 0 0 円</u> |

③ 訪問施術料 3

(3 人～9 人の場合)

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>9 1 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>1, 3 6 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>1, 8 1 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>2, 2 6 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>2, 7 1 0 円</u> |

(10 人以上の場合)

| | |
|-------------|-------------------|
| 1 局所 1 回につき | <u>6 0 0 円</u> |
| 2 局所 1 回につき | <u>1, 0 5 0 円</u> |
| 3 局所 1 回につき | <u>1, 5 0 0 円</u> |
| 4 局所 1 回につき | <u>1, 9 5 0 円</u> |
| 5 局所 1 回につき | <u>2, 4 0 0 円</u> |

(新設)

2局所1回につき 1, 090円

3局所1回につき 1, 560円

4局所1回につき 2, 030円

5局所1回につき 2, 500円

⑤ 訪問施術料5

(20人以上の場合)

1局所1回につき 540円

2局所1回につき 1, 010円

3局所1回につき 1, 480円

4局所1回につき 1, 950円

5局所1回につき 2, 420円

注1・注2 (略)

(3)～(6) (略)

(7) 明細書発行加算 10円

注 患者に対し一連の施術に係る料金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付した場合に、明細書発行加算として算定する。

注1 同一の患者に対する月16回以降の施術については、マッサージ、訪問施術料、温電法（電気光線器具を使用した場合を含む。）及び変形徒手矯正術について所定料金の100分の50に相当する額により算定する。

注2 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術について、同一月に集中率（訪問施術料の算定回数のうち、同一の施設等において行われるものの割合をいう。）が100分の90以上である場合には、当該月の当該施設における訪問施術の料金（一連の施術において算定される全ての料金）について100分の80に相当する額により算定する。なお、出張専門の施術者が訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

(新設)

注1・注2 (略)

(3)～(6) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

保発0605第9号
令和8年6月5日

都道府県知事
地方厚生（支）局長

} 殿

厚生労働省保険局長
(公印省略)

「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に関する受領委任の取扱いについて」の一部改正について

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に関する受領委任については、「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に関する受領委任の取扱いについて」(平成30年6月12日保発0612第2号厚生労働省保険局長通知。以下「当該通知」という。)により取り扱われているところであるが、今般、当該通知の一部を下記のとおり改正し、令和8年7月1日以降の施術分から適用することとしたので、貴管下の関係者に周知を図るとともに、円滑に取り扱われるよう御配慮願いたい。

記

- 1 別添1の一部を次の表のように改正する。

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p> <p>第1章・第2章 (略)</p> <p>第3章 保険施術の取扱い</p> <p>(施術の担当方針)</p> <p>16 施術管理者及び勤務する施術者は、関係法令、「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について」(平成4年5月22日保発第57号、その後の改正を含み、以下「算定基準」という。)及び「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日保医発第1001002号、その後の改正を含み、以下「留意事項」という。)その他の通達等並びに本規程を遵守し、懇切丁寧にはり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧に係る施術(以下「施術」という。)及び療養費の請求に係る事務を行うこと。</p> <p>この場合、施術は、被保険者又は被扶養者等である患者(以下「患者」という。)の療養上妥当適切なものとする。</p> | <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p> <p>第1章・第2章 (略)</p> <p>第3章 保険施術の取扱い</p> <p>(施術の担当方針)</p> <p>16 施術管理者及び勤務する施術者は、関係法令、「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について」(平成4年5月22日保発第57号、その後の改正を含み、以下「算定基準」という。)及び「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日保医発第1001002号、その後の改正を含み、以下「留意事項」という。)その他の通達等並びに本規程を遵守し、懇切丁寧にはり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧に係る施術(以下「施術」という。)及び療養費の請求に係る事務を行うこと。</p> <p>この場合、施術は、被保険者又は被扶養者等である患者(以下「患者」という。)の療養上妥当適切なものとする。</p> <p><u>なお、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等(その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。)</u>に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術</p> |

を受けるように誘引してはならないこと。

また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品（いわゆる紹介料その他の経済上の利益）を提供し、患者の紹介を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等を提供し、療養費の請求に必要な留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

17～19 （略）

（領収証及び明細書の交付）

20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、領収証を無償で交付するとともに、患者から求められたときは、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した様式第5号による一部負担金明細書（1日分）又は様式第5号の2による一部負担金明細書（1月分）を交付すること。

21～23 （略）

第4章 療養費の請求

（申請書の作成）

24 （略）

(1) 申請書の様式は、はり、きゅうの施術に係る療養費について

17～19 （略）

（領収証及び明細書の交付）

20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、領収証及び施術の内容のわかる明細書を無償で交付すること。

21～23 （略）

第4章 療養費の請求

（申請書の作成）

24 （略）

(1) 申請書の様式は、はり、きゅうの施術に係る療養費について

は様式第5号の1、様式第5号の1の2、様式第5号の3又は様式第5号の3の2、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については様式第5号の2、様式第5号の2の2、様式第5号の4又は様式第5号の4の2とすること。

(2)～(4) (略)

(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めると。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。

そのうえで、施術者は、20により施術の内容がわかる明細書を交付している場合を除き、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）を、患者又は家族に交付すること。

(6)～(11) (略)

(12) 正当な理由なく請求を遅らせることは認められないものであること。

(申請書の送付)

25 施術管理者は、申請書を保険者等毎に取りまとめ、様式第6号及び様式第7号又はそれに準ずる様式の総括票を記入のうえ、それぞれを添付し、原則として、毎月10日までに、保険者等へ送付すること。ただし、27により国民健康保険等の療養費審査委員会が設置されている場合は、施術管理者単位に保険者等毎に取りまとめ国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」

は様式第6号の1又は様式第6号の1の2、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については様式第6号の2又は様式第6号の2の2とすること。

(2)～(4) (略)

(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めると。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。

そのうえで、施術者は、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）又は施術日数や回数、施術内容のわかる様式第5号の2による「一部負担金明細書（1月分）」を、患者又は家族に交付すること（20により、既にすべての施術について明細書を交付している場合を除く。）。

(6)～(11) (略)

(新設)

(申請書の送付)

25 施術管理者は、申請書を保険者等毎に取りまとめ、様式第8号及び様式第9号又はそれに準ずる様式の総括票を記入のうえ、それぞれを添付し、原則として、毎月10日までに、保険者等へ送付すること。ただし、27により国民健康保険等の療養費審査委員会が設置されている場合は、施術管理者単位に保険者等毎に取りまとめ国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」

という。)へ送付すること。

26 (略)

第5章 (略)

第6章 療養費の支払

30～34 (略)

35 保険者等は、請求額に対する支給額の減額又は不支給等がある場合は、様式第8号又はそれに準ずる様式の書類を記入の上、申請書の写しを添えて、施術管理者へ送付すること。

第7章 (略)

第8章 指導・監査

39・40 (略)

41 保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、領収証及び明細書の発行履歴や来院簿その他通院又は訪問若しくは往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。

42・43 (略)

44 (略)

(1) (略)

という。)へ送付すること。

26 (略)

第5章 (略)

第6章 療養費の支払

30～34 (略)

35 保険者等は、請求額に対する支給額の減額又は不支給等がある場合は、様式第10号又はそれに準ずる様式の書類を記入の上、申請書の写しを添えて、施術管理者へ送付すること。

第7章 (略)

第8章 指導・監査

39・40 (略)

41 保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、領収証の発行履歴や来院簿その他通院又は訪問若しくは往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。

42・43 (略)

44 (略)

(1) (略)

(2) (1)に該当する患者について、長期・頻回警告通知が到着した月の翌月以降に、更に月 16 回以上の施術が行われた場合には、「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 日付け保医発第 1001002 号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添 1 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書 (はり・きゅう用)」又は同別添 2 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書 (マッサージ用)」を確認し、併せて施術管理者から提出させた「頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書」(別添 1 (様式第 9 号)又は同 (様式第 9 の 2 号))を確認する。

第 9 章・第 10 章 (略)

別添 1 (様式第 1 号～様式第 4 号) (略)

(2) (1)に該当する患者について、長期・頻回警告通知が到着した月の翌月以降に、更に月 16 回以上の施術が行われた場合には、「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 日付け保医発第 1001002 号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添 1 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書 (はり・きゅう用)」又は同別添 2 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書 (マッサージ用)」を確認し、併せて施術管理者から提出させた「頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書」(別添 1 (様式第 11 号)又は同 (様式第 11 の 2 号))を確認する。

第 9 章・第 10 章 (略)

別添 1 (様式第 1 号～様式第 4 号) (略)

2 様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

(削る)

別添1 (様式第5号)

別添1 (様式第5号)

一部負担金明細書
(はり・ぎゅう (1日分) 用)

様

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 施 術 内 容 欄 | 初検料 | 円 |
| | 通所 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 円 |
| | 訪問施術料1 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 円 |
| | 訪問施術料2 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 円 |
| | 訪問施術料3 (3人~9人) <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 円 |
| | 訪問施術料3 (10人以上) <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 円 |
| | 電療料 | 円 |
| | 特別地域加算 | 円 |
| | 往療料 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 円 |
| 合計 | 円 | |
| 一部負担金 | 円 | |
| 保険請求額 | 円 | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

別添1 (様式第5号)

一部負担金明細書
(あんま・マッサージ(1日分)用)

様

| | | |
|-----------------------|----------------|---|
| 施 術 内 容 欄 | 通所 | 円 |
| | 訪問施術料1 | 円 |
| | 訪問施術料2 | 円 |
| | 訪問施術料3 (3人~9人) | 円 |
| | 訪問施術料3 (10人以上) | 円 |
| | 変形徒手矯正術施術 | 円 |
| | 温電法 | 円 |
| | 温電法・電気光線器具 | 円 |
| | 特別地域加算 | 円 |
| | 往療料 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 円 |
| | 合計 | 円 |
| | 一部負担金 | 円 |
| 保険請求額 | 円 | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

(削る)

別添1 (様式第5号の2)

別添1 (様式第5号の2)

一部負担金明細書
(はり・ぎゅう (1か月分) 用)

様

年 月分

施術日数 日

| | | | |
|-------|--|---|---|
| 施術内容欄 | 初検料 | 回 | 円 |
| | 通所 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料1 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料2 <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料3 (3人~9人) <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料3 (10人以上) <small>(1はり 2ぎゅう 3はりぎゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 電療料 | 回 | 円 |
| | 特別地域加算 | 回 | 円 |
| | 往療料 | 回 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 回 | 円 |
| 合計 | | 円 | |
| 一部負担金 | | 円 | |
| 保険請求額 | | 円 | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

別添1 (様式第5号の2)

一部負担金明細書
(あんま・マッサージ (1か月分) 用)

様

年 月分

施術日数 日

| | | | |
|-----------------------|-----------------|---|---|
| 施 術 内 容 欄 | 通所 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 1 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 2 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (9人~9人) | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (10人以上) | 回 | 円 |
| | 変形徒手矯正術施術 | 回 | 円 |
| | 温電法 | 回 | 円 |
| | 温電法・電気光線器具 | 回 | 円 |
| | 特別地域加算 | 回 | 円 |
| | 往療料 | 回 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 回 | 円 |
| | 合計 | | 円 |
| 一部負担金 | | 円 | |
| 保険請求額 | | 円 | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名 _____

別添1 (様式第5号の1の2)

3枚中1枚目 別添1 (様式第5号の1の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

| | | | | | |
|---------|---------|--------|-------|-------|--------|
| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 | 区市町村番号 | 受給者番号 | 保険者番号 | 給付割合 |
| | | | | | 8 9 10 |

| | | |
|--------------|------------------|--|
| ○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 | |
| 被保険者欄 | (フリガナ) | 続柄 ○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 ()) |
| | 男・女 | ○療養した場所 (施設等に入居している場合及び継続療養の住所と異なる場合に記載) |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | |

別添1 (様式第6号の1の2)

3枚中1枚目 別添1 (様式第6号の1の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

| | | | | | |
|---------|---------|--------|-------|-------|--------|
| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 | 区市町村番号 | 受給者番号 | 保険者番号 | 給付割合 |
| | | | | | 8 9 10 |

| | | |
|----------------|------------------|---|
| ○被保険者資格に係る記号番号 | ○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 | |
| 被保険者欄 | (フリガナ) | 続柄 ○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 ()) |
| | 男・女 | ○療養した場所 (入居施設や住所地特例等、被保険者の住所地と異なる場合に記載) |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | |

3枚中2枚目 別添1 (様式第5号の1の2)

療養を受けた者の氏名 () 年 月分

保険者番号 ()

被保険者資格の記号番号 ()

機関コード ()

| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | () 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 1. 神経痛 | 2. リウマチ | 3. 頸椎症候群 | 4. 五十肩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. 腰痛症 | 6. 頸椎捻挫後遺症 | 7. その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 | | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり・きゅう | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所 | 円× 回= | 円 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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電流計 2電気温灸器 3電気光線器具 | 円× 回= | 円 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・2割・3割) | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 額 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○収受又は請求の理由 (1. 傷病による労務継続困難を要する発症回復 2. 療養中や復元、再発、継続療養のためにより傷病による労務継続 3. その他 ())

3枚中2枚目 別添1 (様式第6号の1の2)

療養を受けた者の氏名 () 年 月分

保険者番号 ()

被保険者資格に係る記号番号 ()

機関コード ()

| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | () 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 1. 神経痛 | 2. リウマチ | 3. 頸椎症候群 | 4. 五十肩 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. 腰痛症 | 6. 頸椎捻挫後遺症 | 7. その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 | | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり・きゅう | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所 | 円× 回= | 円 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問施術料 3 (10人以上) | 円× 回= | 円 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電療料 (加算) / 1電流計 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 | 施 術 科 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・2割・3割) | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 額 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術年 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○収受又は請求の理由 (1. 傷病による労務継続困難を要する発症回復 2. 療養中や復元、再発、継続療養のためにより傷病による労務継続 3. その他 ())

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の1の2)

保 険 者 番 号 ()
 被保険者支給の記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|--------|
| 施設証明欄 | 上記のとおり施設を行い、その費用を領収しました。 | | 保険所登録区分 | 1. 療養所所在地 2. 出張専門療養者住所地 | |
| | 令和 年 月 日 | 施設所在地 | 〒 - | 所在地 | 名称 |
| 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。 | | 〒 - | 住所 | 氏名 |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (被保険者) 氏名 | 電話 | 住所 | 氏名 |
| 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 農協 | 支店 出張所 |
| 口座番号 | | 郵便局 | | | |
| 同意医師の氏名 | | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ 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日保発第0612第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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) 場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施設管理者等が代理人をし当該患者から押印を受けてください。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第6号の1の2)

保 険 者 番 号 ()
 被保険者支給に係る記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|--------|
| 施設証明欄 | 上記のとおり施設を行い、その費用を領収しました。 | | 保険所登録区分 | 1. 療養所所在地 2. 出張専門療養者住所地 | |
| | 令和 年 月 日 | 施設所在地 | 〒 - | 所在地 | 名称 |
| 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。 | | 〒 - | 住所 | 氏名 |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (被保険者) 氏名 | 電話 | 住所 | 氏名 |
| 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 農協 | 支店 出張所 |
| 口座番号 | | 郵便局 | | | |
| 同意医師の氏名 | | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ 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日保発第0612第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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) 場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施設管理者等が代理人をし当該患者から押印を受けてください。

別添1 (様式第5号の2の2)

3枚中1枚目

別添1 (様式第5号の2の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--------|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 特記事項 | | | | 給付割合 | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | 1 社団 3 後高 2 本外 8 高外一 2 公費 4 六外 0 高外7 | | | | 8 9 10 | | |
| 区市町村番号 | | | | | | | | | | | | 種類 04 マ | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|--|--|------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| ○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 | | | | | | | |
| 被 保 険 者 欄 | (7カケ) | | | 続 柄 | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | |
| | 療養を受けた者の氏名 | | | | 男・女 | | | (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) ○施病した場所(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記載) | | | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | | | | | | | | | |

別添1 (様式第6号の2の2)

3枚中1枚目

別添1 (様式第6号の2の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 特記事項 | | | | 給付割合 | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | 1 社団 3 後高 2 本外 8 高外一 2 公費 4 連取 4 六外 0 高外7 | | | | 8 9 10 | | |
| 区市町村番号 | | | | | | | | | | | | 種類 04 マ | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|--|--|------------|-----------------|--|--|---|--|--|--|
| ○被保険者資格に係る記号番号 | | | | ○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 | | | | | | | |
| 被 保 険 者 欄 | (7カケ) | | | 続 柄 | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | |
| | 療養を受けた者の氏名 | | | | 男・女 | | | (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) ○施病した場所(入居施設や住所等特例等、被保険者の住所と異なる場合に記載) | | | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | | | | | | | | | |

3枚中2枚目

別添1 (様式第5号の2の2)

療養を受けた者の氏名 () 年 月分
 保険者番号 ()
 被保険者資格の記号番号 ()
 種類コード ()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|------|-------------|-------|-------|-------|-------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 初療年月日 | | 施術期間 | | 実日数 | | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 年 月 日 | | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | | 日 | | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び症状 | | 紀 簿 | | 視覚・聴覚・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 内 容 欄 | マッサージ (施術料) | | 両首座位 | (施術) | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通所 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 1 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 2 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (3人～9人) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温電法 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温電法・電気光線器具 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併用は不可 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別地域 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 往療料 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明細書発行加算 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・2割・3割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 前回1回 | 前回2回 | 前回3回 | 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 |

○記載又は印刷の単位 (1. 小数による場合は繰り上げで表示 2. 小数未満の値、円未満の単位は表示しない 3. その他 ())

3枚中2枚目

別添1 (様式第6号の2の2)

療養を受けた者の氏名 () 年 月分
 保険者番号 ()
 被保険者資格の記号番号 ()
 種類コード ()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|------|-------------|-------|-------|-------|-------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 初療年月日 | | 施術期間 | | 実日数 | | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 年 月 日 | | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | | 日 | | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び症状 | | 紀 簿 | | 視覚・聴覚・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 内 容 欄 | マッサージ (施術料) | | 両首座位 | (施術) | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通所 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 1 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 2 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (3人～9人) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (10人以上) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温電法 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 温電法・電気光線器具 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併用は不可 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別地域 (加算) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | 円× | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・2割・3割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 前回1回 | 前回2回 | 前回3回 | 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 |

○記載又は印刷の単位 (1. 小数による場合は繰り上げで表示 2. 小数未満の値、円未満の単位は表示しない 3. その他 ())

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月 日 別添1 (様式第5号の2の2)
 保険者番号 ()
 療養終了資格の記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | |
|-------|--|----------------------------|----------|-----------------------|
| 施設証明欄 | 上記のとおり施設を行い、その費用を徴収しました。 | | 医療機関区分 | 1. 施設所在地 2. 出稼専門施設所在地 |
| | 令和 年 月 日 | 施設名 | 所在地 | 〒 - |
| 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。 | | 〒 - | |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (被保険者) | 住所 | 氏名 電話 |
| 支払情報欄 | 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関名 | 銀行 本店 |
| | 1. 療 込 2. 銀行 送 金 3. 郵便 送 金 4. 当 地 払 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別当 | 金融 金庫 農協 | 支店 出稼所 |
| 口座番号 | | 郵便局 | | |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 同意年月日 | 傷 病 名 |
| | | | 令和 年 月 日 | 要加保期間 |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所
 (被保険者) 氏名 氏名

※ 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日厚労省12第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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) 場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施設管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月 日 別添1 (様式第6号の2の2)
 保険者番号 ()
 療養終了資格に係る記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | |
|-------|--|----------------------------|----------|-----------------------|
| 施設証明欄 | 上記のとおり施設を行い、その費用を徴収しました。 | | 医療機関区分 | 1. 施設所在地 2. 出稼専門施設所在地 |
| | 令和 年 月 日 | 施設名 | 所在地 | 〒 - |
| 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。 | | 〒 - | |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (被保険者) | 住所 | 氏名 電話 |
| 支払情報欄 | 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関名 | 銀行 本店 |
| | 1. 療 込 2. 銀行 送 金 3. 郵便 送 金 4. 当 地 払 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別当 | 金融 金庫 農協 | 支店 出稼所 |
| 口座番号 | | 郵便局 | | |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 同意年月日 | 傷 病 名 |
| | | | 令和 年 月 日 | 要加保期間 |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所
 (被保険者) 氏名 氏名

※ 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日厚労省12第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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) 場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施設管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添1 (様式第5号の3の2)

(新設)

3枚中1枚目

別添1 (様式第5号の3の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

| | | | | | |
|---------|--|-------|-----------|-----------------|--------|
| 公費負担者番号 | | 特記事項 | 1 社団 3 後高 | 2 本外 8 高外一 | 給付割合 |
| 公費受給者番号 | | | 2 公費 | 4 六外 6 家外 0 高外7 | |
| 区市町村番号 | | | 種類 | 05 継続 | 8 9 10 |
| 受給者番号 | | 保険者番号 | | | |

| | | | | | |
|---------------------|------------------|------------|----|---|--|
| ○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 | | | |
| 被保険者欄 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | | 続柄 | ○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・令 年 月 日生 | | | ○転居した場所 (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記載) | |

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の3の2)

| 診療年月日 | 療養期間 | 支払款 | 請求区分 |
|----------------------------|---|------------------------------------|-------|
| () 年 月 日 | あ・令和 年 月 日～五・令和 年 月 日 | | 療養・継続 |
| 療養名 | 1. 療養名 2. リウマチ 3. 関節炎 4. 五十肩 | 1. 療養費 2. 薬剤費 3. 検査費 4. 材料費 5. その他 | 療養・継続 |
| 初診日 (はり・きゅう 2をゆう 3はりきゅう併用) | 療養の開始 | 1期 日 2期 日 | 療 養 |
| はり・きゅう | | | |
| 療 養 費 | 療養費 1 () 療養費 2 () 療養費 3 () 療養費 4 () 療養費 5 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 6 () 療養費 7 () 療養費 8 () 療養費 9 () 療養費 10 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 11 () 療養費 12 () 療養費 13 () 療養費 14 () 療養費 15 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 16 () 療養費 17 () 療養費 18 () 療養費 19 () 療養費 20 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 21 () 療養費 22 () 療養費 23 () 療養費 24 () 療養費 25 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 26 () 療養費 27 () 療養費 28 () 療養費 29 () 療養費 30 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 31 () 療養費 32 () 療養費 33 () 療養費 34 () 療養費 35 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 36 () 療養費 37 () 療養費 38 () 療養費 39 () 療養費 40 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 41 () 療養費 42 () 療養費 43 () 療養費 44 () 療養費 45 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 46 () 療養費 47 () 療養費 48 () 療養費 49 () 療養費 50 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 51 () 療養費 52 () 療養費 53 () 療養費 54 () 療養費 55 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 56 () 療養費 57 () 療養費 58 () 療養費 59 () 療養費 60 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 61 () 療養費 62 () 療養費 63 () 療養費 64 () 療養費 65 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 66 () 療養費 67 () 療養費 68 () 療養費 69 () 療養費 70 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 71 () 療養費 72 () 療養費 73 () 療養費 74 () 療養費 75 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 76 () 療養費 77 () 療養費 78 () 療養費 79 () 療養費 80 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 81 () 療養費 82 () 療養費 83 () 療養費 84 () 療養費 85 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 86 () 療養費 87 () 療養費 88 () 療養費 89 () 療養費 90 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 91 () 療養費 92 () 療養費 93 () 療養費 94 () 療養費 95 () | | |
| 療 養 費 | 療養費 96 () 療養費 97 () 療養費 98 () 療養費 99 () 療養費 100 () | | |

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の3の2)
 保険者番号 ()
 被保険者資格の記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|-------|
| 施 術 証 明 書 | 上記のとおり施術を行い、その費用を預取しました。 | | 保険所管区分 | 1. 療養所所在地 2. 出張専門医療者住所地 | |
| | 令和 年 月 日 | 施行所 | 〒 - | 所在地 | |
| 申 請 欄 | 上記の療養に要した費用に閉して、療養費の支給を申請します。 | | 〒 - | 名称 | |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (被保険者) | 住所 | 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 |
| | 口座番号 | 口座番号 | | 農協 | 出張所 |
| 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 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ 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29年6月12日保業総12第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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)場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理人をし当該患者から押印を受けてください。

3枚中3枚目 事業を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の4の2)
 在 籍 者 番 号 ()
 医療従事者資格の記号番号 ()
 機関コード ()

| | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|--------|
| 施設証明 書類 | 上記のとおり施設を行い、その費用を徴収しました。 | | 医療機関区分 〒 - | 1. 施設所在地 2. 出稼専門施設等所在地 | |
| | 令和 年 月 日 | 施設所 所在地 | 〒 - | 名称 | 電話番号 |
| 申請 書類 | 上記の医療に要した費用に関して、医療費の支給を申請します。 | | 〒 - | | |
| | 令和 年 月 日 | 申請者 (添付捺印) 氏名 | 住所 | 電話番号 | |
| 支払 情報 書 | 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 送 金 4. 当 地 払 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別取 | | 金融 機関 | 支店 出張所 |
| 口座番号 | | 郵便番号 | | | |
| 同意 記録 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 同意年月日 | 備 考 欄 | 要加保期間 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、本申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所
 (捺印済) 氏名 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱期限 (平成30年5月12日厚労省12第2号通知) に従い行われるものです。
 ※ 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) 場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施設管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添1 (様式第6号)

別添1 (様式第6号)

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (I)

(請求者) 登録記号番号 - -
施術管理者
施術所名

| 保険者名等 | 本人 | | 家族 | | 計 | |
|-------|----|-----|----|-----|----|-----|
| | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 |
| | 件 | 円 | 件 | 円 | 件 | 円 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

(通信欄)

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

別添1 (様式第8号)

別添1 (様式第8号)

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (I)

(請求者) 登録記号番号 - -
施術管理者
施術所名

| 保険者名等 | 本人 | | 家族 | | 計 | |
|-------|----|-----|----|-----|----|-----|
| | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 |
| | 件 | 円 | 件 | 円 | 件 | 円 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

(通信欄)

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

別添1 (様式第7号)

別添1 (様式第7号)

令和 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 |
| | 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。

別添1 (様式第9号)

別添1 (様式第9号)

令和 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 |
| | 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。

別添1 (様式第8号)

別添1 (様式第8号)

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。

令和 ____ 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. | | | | |
| | | 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。)

別添1 (様式第10号)

別添1 (様式第10号)

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。

令和 ____ 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. | | | | |
| | | 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。)

別添1 (様式第9号)

別添1 (様式第9号)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (はり・きゅう用)

| | | |
|-------|--|-----------------|
| 患 者 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| 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 () | |
| 施術の種類 | 1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用 | |
| 初療年月日 | 平・令 年 月 日 | |
| 施術回数 | 回 (当該月の施術回数を記載) | |

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること)及び(上記に対する施術師の所見を記載すること)については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添1 (様式第11号)

別添1 (様式第11号)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (はり・きゅう用)

| | | |
|-------|--|-----------------|
| 患 者 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| 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 () | |
| 施術の種類 | 1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用 | |
| 初療年月日 | 平・令 年 月 日 | |
| 施術回数 | 回 (当該月の施術回数を記載) | |

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること)及び(上記に対する施術師の所見を記載すること)については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添1 (様式第9号の2)

別添1 (様式第9号の2)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (マッサージ用)

| | | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------|---|---|---|--|
| 患 者 | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | |
| 傷 病 名 | | | | | | |
| 症 状 | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 () | | | | | |
| 施 術 の 種 類 | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 | | | | | |
| 施 術 部 位 | 1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢 | | | | | |
| 初 療 年 月 日 | 平・令 年 月 日 | | | | | |
| 施 術 回 数 | 回 (当該月の施術回数を記載) | | | | | |

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること)及び(上記に対する施術師の所見を記載すること)については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添1 (様式第11号の2)

別添1 (様式第11号の2)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (マッサージ用)

| | | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------|---|---|---|--|
| 患 者 | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | |
| 傷 病 名 | | | | | | |
| 症 状 | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 () | | | | | |
| 施 術 の 種 類 | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 | | | | | |
| 施 術 部 位 | 1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢 | | | | | |
| 初 療 年 月 日 | 平・令 年 月 日 | | | | | |
| 施 術 回 数 | 回 (当該月の施術回数を記載) | | | | | |

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること)及び(上記に対する施術師の所見を記載すること)については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添 2 (略)

別添 2 (略)

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

（ 公 印 省 略 ）

「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」の一部改正について

「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）については、その一部を下記のとおり改正し、令和8年7月1日以降の施術分から適用することとしたので、貴管下の関係者に周知を図るとともに、円滑に取り扱われるよう御配慮願いたい。

記

- 1 別添1の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|--|--|
| <p>別添 1</p> <p>はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p><u>3 施術所 (施術管理者及び勤務する施術者を含む。以下この項及び 4 において同じ。) は、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等 (その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。) に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術を受けるように誘引してはならないこと。</u></p> <p><u>また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等 (以下「他の事業者等」という。) に対して金品 (いわゆる紹介料その他の経済上の利益) を提供し、患者の紹介を受けることは、特定の施術所への患者誘導につながる蓋然性が極めて高く、また、患者による適切な施術所の選択を阻害するおそれがあることから当該紹介の結果なされた施術については、療養費の支給の対象外とすること。この場合において、その他の経済上の利益とは、金銭、物品、便益、労務、饗応等を指すものであること。同様の観点から、施術所と他の事業者等が特別の関係にあり、実質的に患者による他の施術所の選択ができない場合は、当該他の事業者等の入居者等に対して行われる施術については、療養費の支給の対象外とすること。</u></p> <p><u>さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等</u></p> | <p>別添 1</p> <p>はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p>(新設)</p> |

を提供し、療養費の請求に必要となる留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

4 第1章3において、施術者と他の事業者等の関係が、次の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当する場合に、当該事業者と当該他の事業者は特別の関係にあると認められるものであること。

（イ） 当該施術所の開設者が、当該他の事業者の開設者と同一の場合
（ロ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者と同一の場合
（ハ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者の親族等である場合

（ニ） 当該施術所の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の事業者の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
（ホ） （イ）から（ニ）までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該他の事業者等が、財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の施術所をいい、当該施術所の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限ることとし、具体的には次の①から⑤までの場合を含むものとする。）

- ① 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等である場合
- ② 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の子会社等である場合
- ③ 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の関連会社等である場合
- ④ 当該他の事業者等又は当該他の事業者等の親会社、子会社等の関連会社（以下単に「関連会社」という。）が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と当該施術所の運営に関するフランチャイズ契約を締結している場合
- ⑤ 当該他の事業者等又は関連会社が、当該施術所（関連会社であ

（新設）

る場合を含む。）と経営等に関するコンサルテーション等を委託している事業者である場合

(2) (1)のほか、特別の関係にあると認められる場合としては、次の(イ)及び(ロ)に掲げる場合が該当するものであること。

(イ) 患者が居住し、又は退院後に居住する高齢者住まい等を設置運営する事業者が、施術所との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合

(ロ) 施術所が、当該事業者に対して利用者を斡旋すること等を行う事業者との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合

5 自己施術(はり師、きゅう師による自身に対する施術)、自家施術(はり師、きゅう師による家族に対する施術、はり師、きゅう師による関連施術所の開設者・従業員に対する施術)については、療養費支給の対象外とすること。

6・7 (略)

第2章 (略)

第3章 医師の同意書、診断書の取扱い

1～7 (略)

8 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

なお、オンライン診療(医療法(昭和23年法律第205号)第2条の

(新設)

3・4 (略)

第2章 (略)

第3章 医師の同意書、診断書の取扱い

1～7 (略)

8 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

2 第 1 項に規定する診療をいう。)による同意書の交付はできないこと。

9・10 (略)

11 同意書を訂正する際は、保険医が二重線及び当該保険医の署名により訂正すること。この場合において、署名に代えて訂正印によることも差し支えないこと。なお、訂正の際には、修正テープや修正液などは使用しないこと。

第 4 章・第 5 章 (略)

第 6 章 訪問施術料

1～7 (略)

8 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 2 条第 1 号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が 1 人の場合は訪問施術料 1、2 人の場合は訪問施術料 2、3 人以上 9 人以下の場合は訪問施術料 3、10 人以上 19 人以下の場合は訪問施術料 4、20 人以上の場合は訪問施術料 5 の各区分により、支給すること。また、この場合に通所の施術料と訪問施術料を混在して算定する場合には、訪問施術料の区分は当該通所による施術を行った患者の人数も合計した人数により決定すること（通所の施術料と訪問施術料 1 をそれぞれ 1 人ずつ算定する場合はこの限りではない。）。

9～12 (略)

9・10 (略)

(新設)

第 4 章・第 5 章 (略)

第 6 章 訪問施術料

1～7 (略)

8 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 2 条第 1 号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が 1 人の場合は訪問施術料 1、2 人の場合は訪問施術料 2、3 人以上の場合はその人数に応じた訪問施術料 3 の各区分により、支給すること。

9～12 (略)

第7章・第8章 (略)

第9章 明細書発行加算

1 明細書発行加算は、施術の内容がわかる明細書を無償で交付するたびに支給できること。なお、患者の求めに応じ、又は訪問施術を行う場合であって、明細書を1か月単位で交付する場合は、施術が行われた月又はその翌月に明細書を無償で交付した場合に支給できること。

2 患者の求めに応じて明細書を1か月単位で交付する場合は、施術所は患者の意向をあらかじめ文書で確認すること。

第10章 その他の算定方法に係る事項

1 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術に係る集中率の計算において、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

第11章 (略)

第12章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので参考とされたいこと。ただし、月16回以上の施術を行った場合(100分の50に相当する額により算定したものがある場合)又は訪問施術料4若しくは5を算定した場合には、それぞれ別紙4の3によるものとする。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

第7章・第8章 (略)

(新設)

(新設)

第9章 (略)

第10章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

2～8 (略)

9 訪問施術料4又は5を算定する場合の療養費支給申請書には、別紙7の訪問施術総括表(はり・きゅう)を添付する取扱とすること。

2～8 (略)

(新設)

2 様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

別添1 (別紙1)

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○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 (○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) <input type="checkbox"/> 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。

別添1 (別紙1)

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○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 (○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) 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。

同意書の交付について

(裏面)

○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根拠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。

○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ください。
- 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。

同意書の交付について

(裏面)

○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。
 - ※ 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根拠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。

○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ください。
- 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1 (別紙4の2)

3枚中1枚目

別添1 (別紙4の2)

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 | | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | | |
| 被 保 険 者 欄 | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | 続 柄 | | |
| | (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) | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | 続 柄 | 男・女 | 明・大・昭・平・令 | 年 月 日生 |

別添1 (別紙4の2)

3枚中1枚目

別添1 (別紙4の2)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

| | | | | | |
|-----------------------|--|------------|-----|----------------------|--------|
| ○被保険者資格に係る記号番号 | | ○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 | | 年 月 日 | | | |
| 被 保 険 者 欄 | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | 続 柄 | | |
| | (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) | | | | |
| | ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、被保険者の住所と異なる場合に記載) | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | 続 柄 | 男・女 | 明・大・昭・平・令 | 年 月 日生 |

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の2)

被保険者資格の記号番号 ()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------|------|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～至・令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初検料 | 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり・きゅう | 施術の種類 | 1術 回 | 2術 回 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所 | 円× 回= | 円 | | 摘 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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電熱針 2電気温灸器 3電気水筒器具 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用総計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 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 |

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の2)

被保険者資格に係る記号番号 ()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|------|------|-------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 初療年月日 | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～至・令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初検料 | 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり・きゅう | 施術の種類 | 1術 回 | 2術 回 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所 | 円× 回= | 円 | | 摘 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問施術料 3 (10人以上) | 円× 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電療料 (加算) / 1電熱針 2電気温灸器 3電気水筒器具 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用総計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 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 |

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の2)
 被保険者資格の記号番号 ()

| | | | | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------|---------|---------------------------|-----|
| 施行証明欄 | 上記のとおり施行を行い、その費用を償取しました。 | | 保険料負担区分 | | 1. 施設併設所在地 2. 出張専門施設併設所在地 | |
| | 令和 年 月 日 | はり師 住所 〒 - | はり師 住所 〒 - | きゅう師 氏名 | 電話番号 | |
| 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。 | | 令和 年 月 日 | | 〒 - | |
| | 申請者 (被保険者) 氏名 | 住所 | 申請者 (被保険者) 氏名 | 住所 | 電話番号 | |
| 支払種類欄 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金額欄 | |
| | 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 | 金額欄 | 金額欄 | 銀行口座 郵便局 出所所 | 郵便局 |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | | 住所 | | 同意年月日 | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所
 (被保険者) 氏名 _____

住所
 代理人 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。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の2)
 被保険者資格に係る記号番号 ()

| | | | | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------|---------|---------------------------|-----|
| 施行証明欄 | 上記のとおり施行を行い、その費用を償取しました。 | | 保険料負担区分 | | 1. 施設併設所在地 2. 出張専門施設併設所在地 | |
| | 令和 年 月 日 | はり師 住所 〒 - | はり師 住所 〒 - | きゅう師 氏名 | 電話番号 | |
| 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。 | | 令和 年 月 日 | | 〒 - | |
| | 申請者 (被保険者) 氏名 | 住所 | 申請者 (被保険者) 氏名 | 住所 | 電話番号 | |
| 支払種類欄 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金額欄 | |
| | 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 | 金額欄 | 金額欄 | 銀行口座 郵便局 出所所 | 郵便局 |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | | 住所 | | 同意年月日 | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所
 (被保険者) 氏名 _____

住所
 代理人 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。

別添1 (別紙4の3)

(新設)

別添1 (別紙4の3)
要養費支給申請書 (年 月分) (はり・きょう用)

| | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 被扶養者資格の取得番号 | <input type="checkbox"/> 新納又は負担年月日 | <input type="checkbox"/> 納納者、納納又は負担の届出及びその経過 | |
| 年 月 日 | | | |
| 被扶養者 氏名 | (フリガナ) | 姓 姓 | <input type="checkbox"/> 遺族上・身、第三者行為の有無 |
| | 漢字を 受けた者 の氏名 | 姓 名 | <input type="checkbox"/> 1. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 2. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 3. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 4. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 5. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 6. 遺族上・身、第三者行為 <input type="checkbox"/> 7. 遺族上・身、第三者行為 |
| 年 月 日生 | | | |
| 初納年月日 | 延納期間 | 実日数 | 給 水 区 分 |
| () 年 月 日 | 自・令和 年 月 日～延・令和 年 月 日 | 日 | 新規・継続 |
| 傷病名 | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 関節痛 4. 五十肩 | 給 水 区 分 | |
| | 5. 腰痛症 6. 頸項部疼痛 7. その他 () | 給 水 区 分 | |
| 初納料 | 1. はり 2. きょう 3. はりきょう併用 | 内 | |
| はり・きょう | 療養の開始 | 1療 回 | 2療 回 |
| 通所 | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 訪問療養料 1 | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 訪問療養料 2 | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 訪問療養料 3 (2人～9人) | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 訪問療養料 4 (10人～19人) | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 訪問療養料 5 (20人以上) | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 療養料 (通所・訪問・夜間・在宅) 3療養料併用 | 内× 回＝ 内 | | |
| (月16回以上の療養に係る50%減額) | 内×0.5× 回＝ 内 | | |
| 特別療養 (加算) | 内× 回＝ 内 | | |
| 行 旅 料 | 内× 回＝ 内 | | |
| 延納療養費交付料 (前払支給：年 月分) | 内× 回＝ 内 | | |
| 療 養 費 支 払 加 算 | 内× 回＝ 内 | | |
| 費 用 額 計 | 内 | | |
| 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | |
| 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 | | | |
| 上記のとおり延納を行い、その費用を回収しました。 | 清算済みの日 | | |
| 令和 年 月 日 | 住 所 | 電 話 | |
| 氏名 | | | |
| 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。 | 申請者 (被扶養者) | | |
| 令和 年 月 日 | 住 所 | 電 話 | |
| 氏名 | | | |
| 支払先 | 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局 4. 当 持 込 | 1. 普通 2. 当 持 込 | 3. 通知 4. 当 持 込 |
| 口座番号 | | | |
| 口座名義人の氏名 | 住 所 | 同 意 年 月 日 | 傷 病 名 |
| 同 意 年 月 日 | | | |
| 本申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | |
| 申請者 住所 | | | |
| (被扶養者) 氏名 | | | |
| 代理人 住所 | | | |
| 氏名 | | | |

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者若しくは被扶養者の口頭による委任) 場合に記入してください。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の4)
 被保険者資格の記号番号 ()

| | | | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------|----------|-------------------------|-------|
| 施行証明欄 | 上記のとおり施行を行い、その費用を徴収しました。 | | 保険所支店区分 | 1. 施行所所在地 2. 出張専門施行者住所地 | |
| | 令和 年 月 日 | 〒 | | | |
| 申請欄 | 免許番号 | はり師 | 住所 | | |
| | 免許番号 | きゅう師 | 氏名 | 電話 | |
| 支払種別欄 | 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。 | | 申請者 | 住所 | |
| | 令和 年 月 日 | | 氏名 | 電話 | |
| 同意記録欄 | 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. 別款 | | 金庫 | 支店 |
| 同意記録欄 | 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所 _____
 (被保険者) 氏名 _____

住所 _____
 代理人 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。

別添1 (別紙5・別紙6) (略)

別添1 (別紙7)

別添1 (別紙7)

訪問施術総括表 (はり、きゅう用)

年 月分 _____ 施術所名: _____

| 区 分 | 施術種別 (施術等名) | 訪問施術区分 | | | 備 考 |
|---------------------|-------------|--------|--------|-------------------------|-----|
| | | 区分 | のべ算定回数 | 算定日数 同一日訪問人数 (平均) | |
| 患者 (1人) | - | 1 | | | |
| 患者 (2人) | - | 2 | | | |
| 施設等 | ○ | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| 訪問施術料合計算定回数 | | | ① | | |
| うち最終療育段階での訪問施術料算定回数 | | | ② | | |

集 中 平 (②÷①) %

注

- ・訪問施術料4又は6を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。(請求先保険者に対し各1枚)
- ・同一日訪問人数 (平均) は四捨五入により小数点1桁で記載すること。
- ・施設等の種は必要に応じ行を追加して作成すること。
- ・訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

別添1 (別紙5・別紙6) (略)

(新設)

3 別添2の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|---|---|
| <p>別添 2</p> <p>マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p><u>3 施術所（施術管理者及び勤務する施術者を含む。以下この項及び 4 において同じ。）は、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等（その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。）に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術を受けるように誘引してはならないこと。</u></p> <p><u>また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等（以下「他の事業者等」という。）に対して金品（いわゆる紹介料その他の経済上の利益）を提供し、患者の紹介を受けることは、特定の施術所への患者誘導につながる蓋然性が極めて高く、また、患者による適切な施術所の選択を阻害するおそれがあることから当該紹介の結果なされた施術については、療養費の支給の対象外とすること。この場合において、その他の経済上の利益とは、金銭、物品、便益、労務、饗応等を指すものであること。同様の観点から、施術所と他の事業者等が特別の関係にあり、実質的に患者による他の施術所の選択ができない場合は、当該他の事業者等の入居者等に対して行われる施術については、療養費の支給の対象外とすること。</u></p> <p><u>さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等</u></p> | <p>別添 2</p> <p>マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等</p> <p>第 1 章 通則</p> <p>1・2 (略)</p> <p>(新設)</p> |

を提供し、療養費の請求に必要となる留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

4 第1章3において、施術者と他の事業者等の関係が、次の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当する場合に、当該事業者と当該他の事業者は特別の関係にあると認められるものであること。

（イ） 当該施術所の開設者が、当該他の事業者の開設者と同一の場合
（ロ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者と同一の場合
（ハ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者の親族等である場合

（ニ） 当該施術所の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の事業者の役員等の親族等の占める割合が 10 分の 3 を超える場合

（ホ） （イ）から（ニ）までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該他の事業者等が、財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の施術所をいい、当該施術所の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限ることとし、具体的には次の①から⑤までの場合を含むものとする。）

① 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等である場合

② 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の子会社等である場合

③ 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の関連会社等である場合

④ 当該他の事業者等又は当該他の事業者等の親会社、子会社等の関連会社（以下単に「関連会社」という。）が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と当該施術所の運営に関するフランチャイズ契約を締結している場合

（新設）

⑤ 当該他の事業者等又は関連会社が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と経営等に関するコンサルテーション等を委託している事業者である場合

(2) (1)のほか、特別の関係にあると認められる場合としては、次の(イ)及び(ロ)に掲げる場合が該当するものであること。

(イ) 患者が居住し、又は退院後に居住する高齢者住まい等を設置運営する事業者が、施術所との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合

(ロ) 施術所が、当該事業者に対して利用者を斡旋すること等を行う事業者との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合

5 自己施術（あん摩マッサージ指圧師による自身に対する施術）、自家施術（あん摩マッサージ指圧師による家族に対する施術、あん摩マッサージ指圧師による関連施術所の開設者・従業員に対する施術）については、療養費支給の対象外とすること。

6・7 (略)

第2章 (略)

第3章 医師の同意書、診断書の取扱い

1～5 (略)

6 一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書、診断書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書

(新設)

3・4 (略)

第2章 (略)

第3章 医師の同意書、診断書の取扱い

1～5 (略)

6 一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給

により支給可能な期間内における2回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。

7～9 (略)

10 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならぬこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

なお、オンライン診療（医療法（昭和23年法律第205号）第2条の2第1項に規定する診療をいう。）による同意書の交付はできないこと。

11・12 (略)

13 同意書を訂正する際は、保険医が二重線及び当該保険医の署名により訂正すること。この場合において、署名に代えて訂正印によることも差し支えないこと。なお、訂正の際には、修正テープや修正液などは使用しないこと。

第4章 施術料

1～5 (略)

6 施術料は、疾病の種類、疾病の数及び局所数にかかわらず1日1回に限り支給するものであること。

7 訪問施術を行った場合には、訪問施術料を算定せずに通所による施術料を算定することはできないこと。ただし、専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者（以下「出張専門施術者」という。）が施術を行う

可能な期間内における2回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。

7～9 (略)

10 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならぬこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。

11・12 (略)

(新設)

第4章 施術料

1～5 (略)

(新設)

(新設)

場合であって、同意書に「訪問又は往療を必要としない」と記載されている場合はこの限りでないこと。

8～10 (略)

第5章 訪問施術料

1～6 (略)

7 訪問施術料は、疾病の種類、疾病の数及び局所数にかかわらず1日1回に限り支給するものであること。

8・9 (略)

10 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第27項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が、1人の場合は訪問施術料1、2人の場合は訪問施術料2、3人以上9人以下の場合は訪問施術料3、10人以上19人以下の場合は訪問施術料4、20人以上の場合は訪問施術料5の各区分により、支給すること。また、出張専門の施術者が施設等に対する訪問施術を行う場合に、通所の施術料と訪問施術料を混在して算定する場合には、訪問施術料の区分は当該通所による施術を行った患者の人数も合計した人数により決定すること。（通所の施術料と訪問施術料1をそれぞれ1人ずつ算定する場合はこの限りではない。）

11～15 (略)

第6章・第7章 (略)

6～8 (略)

第5章 訪問施術料

1～6 (略)

(新設)

7・8 (略)

9 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第27項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が、1人の場合は訪問施術料1、2人の場合は訪問施術料2、3人以上の場合はその人数に応じた訪問施術料3の各区分により、支給すること。

10～14 (略)

第6章・第7章 (略)

第8章 明細書発行加算

1 明細書発行加算は、施術の内容がわかる明細書を無償で交付するたびに支給できること。なお、患者の求めに応じ、又は訪問施術を行う場合であって、明細書を1か月単位で交付する場合は、施術が行われた月又はその翌月に明細書を無償で交付した場合に支給できること。

2 患者の求めに応じて明細書を1か月単位で交付する場合は、施術所は患者の意向をあらかじめ文書で確認すること。

第9章 その他の算定方法に係る事項

1 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術に係る集中率の計算において、出張専門の施術者が訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

第10章 施術録

(1)～(7) (略)

(8) 施術明細

① 訪問施術料又は往療料、その他

②～④ (略)

第11章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので参考とされたいこと。ただし、月16回以上の施術を行った場合(100分の50に相当する額により算定したものがある場合)又は訪問施術料4若しくは5を算定した場合には、それぞれ別紙4の3によるものと

(新設)

(新設)

第8章 施術録

(1)～(7) (略)

(8) 施術明細

① 往療料 km、その他

②～④ (略)

第9章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

すること。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

2～7 (略)

8 訪問施術料4又は5を算定する療養費支給申請書には、別紙7の訪問施術総括表(あん摩・マッサージ)を添付する取扱いとすること。

2～7 (略)

(新設)

4 様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

別添2 (別紙1)

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・令 年 月 日 |
| 傷病名 | | |
| 発病年月日 | 昭・平・令 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 | 令和 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) 躯幹 ・ 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・右肘関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左肘関節・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 (躯幹 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) | |
| 訪問又は 往療 | 1. 必要とする (通所して治療を受けることが困難) 2. 必要としない | |
| | 訪問又は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) | |

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。

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。

別添2 (別紙1)

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・令 年 月 日 |
| 傷病名 | | |
| 発病年月日 | 昭・平・令 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 | 令和 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) 躯幹 ・ 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・右肘関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左肘関節・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 (躯幹 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) | |
| 訪問又は 往療 | 1. 必要とする 2. 必要としない | |
| | 訪問又は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) | |

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。

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 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、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 病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、病院での治療が優先されるため、病院にて患者に医療上のマッサージ(リハビリテーション)において行う場合を含む)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いたします。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、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」欄に記載するようお願いいたします。

○再同意(病院において「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、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。
- 8 上記7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病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いたします。

※ 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。

(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 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、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 病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、病院での治療が優先されるため、病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いたします。
 ※ 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」欄に記載するようお願いいたします。

○再同意(病院において「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、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。
- 8 上記7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病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いたします。

※ 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。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添2 (別紙4の2)
 被保険者資格の記号番号 ()

| | | | | | |
|--|---|-------------------|----------------|-------------------------|-----------|
| 施術証明 書 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 | | 保険者資格区分 | 1. 療養所所在地 2. 出張専門施術者住所地 | |
| | 免許登録番号 | あん摩マッサージ指圧師 | 住所 | 氏名 | 電話 |
| 申請 書 | 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。 令和 年 月 日 | | 申請者 (被保険者) | 住所 | 氏名 |
| | 職 | 氏名 | 電話 | | |
| 支払 様 式 | 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 |
| | 1. 振込 3. 郵便局送金 | 2. 銀行送金 4. 当地払 | 1. 普通 3. 通知 | 2. 当座 4. 別段 | 支店 出張所 |
| 口座番号 | 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 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |
| 1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日 | | | | | |
| 申請者 | | 住所 | | | |
| (被保険者) | | 氏名 | | | |
| | | 住所 | | | |
| 代理人 | | 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。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添2 (別紙4の2)
 被保険者資格に係る記号番号 ()

| | | | | | |
|--|---|-------------------|----------------|-------------------------|-----------|
| 施術証明 書 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 | | 保険者資格区分 | 1. 療養所所在地 2. 出張専門施術者住所地 | |
| | 免許登録番号 | あん摩マッサージ指圧師 | 住所 | 氏名 | 電話 |
| 申請 書 | 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。 令和 年 月 日 | | 申請者 (被保険者) | 住所 | 氏名 |
| | 職 | 氏名 | 電話 | | |
| 支払 様 式 | 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 |
| | 1. 振込 3. 郵便局送金 | 2. 銀行送金 4. 当地払 | 1. 普通 3. 通知 | 2. 当座 4. 別段 | 支店 出張所 |
| 口座番号 | 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 |
| | | | 令和 年 月 日 | | |
| 1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日 | | | | | |
| 申請者 | | 住所 | | | |
| (被保険者) | | 氏名 | | | |
| | | 住所 | | | |
| 代理人 | | 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。

3枚中3枚目 検査を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (別紙4の4)
 被保険者資格の取得番号 ()

| | | | | | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------|------------|--|-------------------------|--|
| 施行証明書 | 上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 | | 申請者住所区分 | | 1. 事務所所在地 2. 出張専用事務所所在地 | |
| | 令和 年 月 日 | はり師 住所 〒 - | | | | |
| 申請書 | 上記の療養に必要な費用に関して、療養費の支給を申請します。 | | 申請者 住所 〒 - | | | |
| | 令和 年 月 日 | 氏名 電話 | | | | |
| 支払区分 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金融機関名 | |
| | 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. 別取 | | | | |
| 口座番号 | 口座番号 | | 郵便局 | | | |
| | | | | | | |
| 同意記録 | 同意記録の氏名 | | 住所 | | 同意年月日 | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | |

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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。 令和 年 月 日

申請者 住所
 (被保険者) 氏名 _____

住所
 代理人 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。

別添2 (別紙5・別紙6) (略)

別添2 (別紙7)

別添2 (別紙7)

訪問施術総括表 (あん摩・マッサージ用)

年 月分 _____ 施術所名: _____

| 区 分 | 施術種別 (施設等名) | 訪問施術区分 | | | 備 考 |
|--------------------|-------------|--------|--------|-------------------------|-----|
| | | 区分 | のべ算定回数 | 算定日数 同一日訪問人数 (平均) | |
| 患者 (1人) | - | 1 | | | |
| 患者 (2人) | - | 2 | | | |
| 施設等 | ○ | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| | | 3 | | | |
| | | 4 | | | |
| | | 5 | | | |
| | | 小計 | | | |
| 訪問施術科合計算定回数 | | | ① | | |
| うち最悪業務年度の訪問施術科算定回数 | | | ② | | |

集計率 (②÷①) _____ %

注 ・ 訪問施術料4又は6を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。(請求先保険者に対し各1枚)
 ・ 同一日訪問人数 (平均) は四捨五入により小数点1桁で記載すること。
 ・ 施設等の欄は必要に応じて行きを追加して作成すること。
 ・ 出張専門の施術者については、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。
 この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

別添2 (別紙5・別紙6) (略)

(新設)

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
(公印省略)

はり・きゅう及びあんま・マッサージに係る明細書について（通知）

はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の取扱いについては、「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日保医発第1001002号）及び「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に関する受領委任の取扱いについて」（平成30年6月12日保発0612第2号）により実施しているところであるが、今般、明細書発行加算の算定が可能となった。明細書の取扱いについては、下記のとおりであるので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、その実施に遺漏のないよう御配意願いたい。

記

1 領収証及び明細書の交付について

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一部負担金等の費用の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、領収証及び施術の内容のわかる明細書を無償で交付しなければならないこと。

2 明細書又は領収証兼明細書の様式について

明細書又は領収証兼明細書の様式は、費用の支払いを受けるごとに交付する場合は別紙様式1又は様式2を標準とし、患者の求めに応じて1ヶ月単位でまとめて交付する場合は別紙様式3又は様式4を標準とするものである。（各項目の配置や大きさ等について適宜調整することは差し支えない。）

この場合に、受領委任の場合には、一部負担金及び保険請求額の欄も記載すること。

また、療養費の支給申請書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で交付した場合、明細書が交付されたものとして取り扱うものとする。

3 明細書を1か月単位で交付する場合の患者の意向確認について

患者の求めに応じて明細書を1か月単位で交付する場合は、施術所は別紙様式5により患者の意向をあらかじめ文書で確認すること。ただし、当該様式を画面上に表示し、患者に当該画面上において署名を求めた上で、電磁的記録により保存することも差し支えないこととする。

明細書
(はり・きゅう (1日分) 用)

様

| | | | |
|----------------|----------------|---|---|
| 施術内容欄 | 初検料 | | 円 |
| | 施術料 | 通所 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 1 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 2 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 3 (3人~9人) (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 <u>4 (10人~19人)</u> (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 <u>5 (20人以上)</u> (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 電療料 | 円 |
| | | 特別地域加算 | 円 |
| | <u>明細書発行加算</u> | | 円 |
| | 往療料 | | 円 |
| | 施術報告書交付料 | | 円 |
| | 合計 | | 円 |
| <u>受領委任の場合</u> | <u>一部負担金</u> | | 円 |
| | <u>保険請求額</u> | | 円 |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

明細書
(あんま・マッサージ (1日分) 用)

様

| | | |
|-----------------------|--------------------------|----------|
| 施 術 内 容 欄 | 通所 | 円 |
| | 訪問施術料 1 | 円 |
| | 訪問施術料 2 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (3人~9人) | 円 |
| | 訪問施術料 <u>4 (10人~19人)</u> | <u>円</u> |
| | 訪問施術料 <u>5 (20人以上)</u> | <u>円</u> |
| | 変形徒手矯正術施術 | 円 |
| | 温罨法 | 円 |
| | 温罨法・電気光線器具 | 円 |
| | 特別地域加算 | 円 |
| | <u>明細書発行加算</u> | <u>円</u> |
| | 往療料 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 円 |
| | 合計 | 円 |
| <u>受領委任 の場合</u> | <u>一部負担金</u> | <u>円</u> |
| | <u>保険請求額</u> | <u>円</u> |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

領収証兼明細書
(はり・きゅう (1日分) 用)

様

| | | | |
|-----------------------|-------------|---|---|
| 施 術 内 容 欄 | 初検料 | | 円 |
| | 施 術 料 | 通所 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 円 |
| | | 訪問施術料 1 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 円 |
| | | 訪問施術料 2 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 円 |
| | | 訪問施術料 3 (3人~9人) (1はり 2 きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 4 (10人~19人) (1はり 2 きゅう 3はりきゅう併用) | 円 |
| | | 訪問施術料 5 (20人以上) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 円 |
| | | 電療料 | 円 |
| | | 特別地域加算 | 円 |
| | 明細書発行加算 | | 円 |
| | 往療料 | | 円 |
| | 施術報告書交付料 | | 円 |
| | 合計 | | 円 |
| 受領委任の 場合 | 一部負担金 | 円 | |
| | 保険請求額 | 円 | |
| 保険外 | | 円 | |
| 保険外を含む合計金額 | | 円 | |

上記合計金額を領収しました。

年 月 日

施術所名

住所

氏名

領収証兼明細書
(あんま・マッサージ(1日分)用)

様

| | | | |
|------------|-------------------|--|---|
| 施術内容欄 | 通所 | | 円 |
| | 訪問施術料 1 | | 円 |
| | 訪問施術料 2 | | 円 |
| | 訪問施術料 3 (3人~9人) | | 円 |
| | 訪問施術料 4 (10人~19人) | | 円 |
| | 訪問施術料 5 (20人以上) | | 円 |
| | 変形徒手矯正術施術 | | 円 |
| | 温罨法 | | 円 |
| | 温罨法・電気光線器具 | | 円 |
| | 特別地域加算 | | 円 |
| | 明細書発行加算 | | 円 |
| | 往療料 | | 円 |
| | 施術報告書交付料 | | 円 |
| | 合計 | | |
| 受領委任の場合 | 一部負担金 | | 円 |
| | 保険請求額 | | 円 |
| 保険外 | | | 円 |
| 保険外を含む合計金額 | | | 円 |

上記合計金額を領収しました。

年 月 日

施術所名

住所

氏名

明細書
(はり・きゅう (1か月分) 用)

様

年 月分

| | |
|------------|-------------|
| 施術日 | ○日、○日、○日、○日 |
|------------|-------------|

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|--|---|---|---|---|
| 施 術 内 容 欄 | 初検料 | | 回 | | 円 | |
| | 施 術 料 | 通所 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 訪問施術料 1 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 訪問施術料 2 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 訪問施術料 3 (3人~9人) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 訪問施術料 4 (10人~19人) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 訪問施術料 5 (20人以上) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | | 回 | | 円 |
| | | 電療料 | | 回 | | 円 |
| | | 特別地域加算 | | 回 | | 円 |
| | 明細書発行加算 | | 回 | | 円 | |
| | 往療料 | | 回 | | 円 | |
| | 施術報告書交付料 | | 回 | | 円 | |
| | 合計 | | | | | 円 |
| 受領委任 の場合 | 一部負担金 | | | | 円 | |
| | 保険請求額 | | | | 円 | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

明細書
(あんま・マッサージ(1か月分)用)

様

| | |
|---|----|
| 年 | 月分 |
|---|----|

| | |
|-----|-------------|
| 施術日 | ○日、○日、○日、○日 |
|-----|-------------|

| | | | |
|-------------------|--------------------------|----------|----------|
| 施術 内 容 欄 | 通所 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 1 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 2 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (3人~9人) | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 <u>4 (10人~19人)</u> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 <u>5 (20人以上)</u> | <u>回</u> | <u>円</u> |
| | 変形徒手矯正術施術 | 回 | 円 |
| | 温罨法 | 回 | 円 |
| | 温罨法・電気光線器具 | 回 | 円 |
| | 特別地域加算 | 回 | 円 |
| | <u>明細書発行加算</u> | <u>回</u> | <u>円</u> |
| | 往療料 | 回 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 回 | 円 |
| 合計 | | | 円 |
| 受領委任 の場合 | 一部負担金 | | 円 |
| | 保険請求額 | | 円 |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

領収証兼明細書
(はり・きゅう (1か月分) 用)

様

年 月分

施術日

○日、○日、○日、○日

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| 施術 内容 欄 | 初検料 | 回 | 円 |
| | 通所 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 1 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 2 <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (3人~9人) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 4 (10人~19人) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 5 (20人以上) <small>(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)</small> | 回 | 円 |
| | 電療料 | 回 | 円 |
| | 特別地域加算 | 回 | 円 |
| | 明細書発行加算 | 回 | 円 |
| | 往療料 | 回 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 回 | 円 |
| | 合計 | | |
| 受領委任の 場合 | 一部負担金 | | 円 |
| | 保険請求額 | | 円 |
| 保険外 | | | 円 |
| 保険外を含む合計金額 | | | 円 |

上記合計金額を領収しました。

年 月 日

施術所名

住所

氏名

領収証兼明細書
(あんま・マッサージ (1か月分) 用)

様

年 月分

施術日

○日、○日、○日、○日

| | | | |
|-----------------------|-------------------|---|---|
| 施 術 内 容 欄 | 通所 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 1 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 2 | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 3 (3人~9人) | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 4 (10人~19人) | 回 | 円 |
| | 訪問施術料 5 (20人以上) | 回 | 円 |
| | 変形徒手矯正術施術 | 回 | 円 |
| | 温罨法 | 回 | 円 |
| | 温罨法・電気光線器具 | 回 | 円 |
| | 特別地域加算 | 回 | 円 |
| | 明細書発行加算 | 回 | 円 |
| | 往療料 | 回 | 円 |
| | 施術報告書交付料 | 回 | 円 |
| 合計 | | | 円 |
| 受領委任の 場合 | 一部負担金 | | 円 |
| | 保険請求額 | | 円 |
| 保険外 | | | 円 |
| 保険外を含む合計金額 | | | 円 |

上記合計金額を領収しました。

年 月 日

施術所名

住所

氏名

○○ 施術所 様

私は、施術の内容がわかる明細書について、
1 か月分をまとめて発行することを希望しま
す。

以上

年 月 日

氏名：