

保発 0601 第 5 号

令和 8 年 6 月 1 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 ）

「柔道整復師の施術に係る療養費について」の一部改正について

「柔道整復師の施術に係る療養費について」（平成 22 年 5 月 24 日付け保発 0524 第 2 号厚生労働省保険局長通知）について、その一部を別紙のとおり改正し、令和 8 年 7 月 1 日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。

ただし、改正前の別添 1 別紙の様式第 5 号及び様式第 5 号の 2 並びに別添 2 の様式第 5 号及び様式第 5 号の 2 による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することとする。

「柔道整復師の施術に係る療養費について」(平成 22 年 5 月 24 日付け保発 0524 第 2 号)

○別添 1 別紙の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
別紙	別紙
第 1 章～第 3 章 (略)	第 1 章～第 3 章 (略)
第 4 章 療養費の請求 (申請書の作成)	第 4 章 療養費の請求 (申請書の作成)
26 (略)	26 (略)
(1)～(6) (略)	(1)～(6) (略)
<u>(7) 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。</u>	(新設)
27・28 (略)	27・28 (略)
第 5 章～第 8 章 (略)	第 5 章～第 8 章 (略)
第 9 章 患者ごとの償還払いへの変更 (保険者等の行う通知・確認等)	第 9 章 患者ごとの償還払いへの変更 (保険者等の行う通知・確認等)
46 (略)	46 (略)
(1) (略)	(1) (略)
(2) 保険者等は、以下に該当すると考えられる患者について、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に <u>対し、丙を通じて償還払い注意喚起通知(様式第 9 号及び第 9 号の 2 を標準とする。)</u> を送付すること。	(2) 保険者等は、以下に該当すると考えられる患者について、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に <u>対して、償還払い注意喚起通知(様式第 9 号及び第 9 号の 2 を標準とする。)</u> を送付すること。
(削る)	① <u>自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者</u>
(削る)	② <u>自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者</u>
①～③ (略)	③～⑤ (略)
④ <u>令和 9 年 1 月以降において、前月までの連続する 12 か月の間に、通算して 8 月以上かつ 9 部位以上について施術を受けている</u>	(新設)

患者

- (3) 保険者等は、(2)①に該当する対象患者について、繰り返し照会しても回答が得られない場合には、償還払い注意喚起通知を送付し、併せて当該患者に対し、照会に回答しない理由について文書の提出を求めるとともに、電話又は面会により回答を求めること。(2)②、③又は④のいずれかに該当する患者については、償還払い注意喚起通知を送付した月の翌月以降に、同様の施術及び療養費の請求が行われ、なお(2)②、③又は④のいずれかに該当すると考えられる場合は、事実関係を確認するため、当該患者に対し、文書等により、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。なお、(2)③又は④に該当する患者については、保険者等は、文書だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。
- (4) 保険者等は、(3)の対象患者について、(3)の確認の結果、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対し、丙を通じて償還払い変更通知（様式第10号及び第10号の2を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、償還払い変更通知が到着した月の翌月以降に施術を受ける場合は、償還払い変更通知を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、自身で保険者等に療養費の請求を行うよう指導すること。なお、(2)①、③又は④のいずれかに該当する患者については、保険者等は、償還払い変更通知の送付だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、償還払いに変更となること、施術を受ける場合は施術所に償還払い変更通知を提示すること等を説明すること。

(削る)

47～50 (略)

(受領委任の取扱いの再開)

- (3) 保険者等は、(2)の対象患者について、償還払い注意喚起通知を送付した月の翌月以降に、同様の施術及び療養費の請求が行われ、なお(2)①から⑤までのいずれかに該当すると考えられる場合は、事実関係を確認するため、当該患者に対し、文書等により、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。なお、(2)③及び⑤に該当する患者については、保険者等は、文書だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、照会に回答しない理由（⑤に該当する患者は除く。）とともに、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。
- (4) 保険者等は、(3)の対象患者について、(3)の確認の結果、状況が改善されないなど、なお(2)①から④までのいずれかに該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、償還払い変更通知（様式第10号及び第10号の2を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、償還払い変更通知が到着した月の翌月以降に施術を受ける場合は、償還払い変更通知を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、自身で保険者等に療養費の請求を行うよう指導すること。なお、(2)③及び⑤に該当する患者については、保険者等は、償還払い変更通知の送付だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、償還払いに変更となること、施術を受ける場合は施術所に償還払い変更通知を提示すること等を説明すること。
- (5) 保険者等は、(2)①に該当する患者については、(2)及び(3)の手続きを経ることなく、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、(4)の償還払い変更通知を送付することができること。

47～50 (略)

(受領委任の取扱いの再開)

51 保険者等は、47 により償還払いに変更となった患者について、それぞれの状況に応じて定期的な確認を行い、受療状況や請求状況、患者照会への回答状況が改善されるなど、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要がないと考えられる場合は、当該患者並びに 46(4)及び 50 により償還払いへの変更を通知した施術管理者に対し、丙を通じて受領委任の取扱い再開通知（様式第 11 号及び第 11 号の 2 を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、受領委任の取扱い再開通知に記載した受領委任の取扱いの再開月以降に施術を受ける場合は、受領委任の取扱い再開通知を施術所に提示するよう指導すること。

第 10 章 （略）

51 保険者等は、47 により償還払いに変更となった患者について、それぞれの状況に応じて定期的な確認を行い、受療状況や請求状況が改善されるなど、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要がないと考えられる場合は、当該患者並びに 46(4)及び 50 により償還払いへの変更を通知した施術管理者に対して、受領委任の取扱い再開通知（様式第 11 号及び第 11 号の 2 を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、受領委任の取扱い再開通知に記載した受領委任の取扱いの再開月以降に施術を受ける場合は、受領委任の取扱い再開通知を施術所に提示するよう指導すること。

第 10 章 （略）

(様式第1号)～(様式第4号)(略)

(様式第5号)
柔道整復施術療養費支給申請書
令和 年 月 分

都道府県番号		施設機関コード	
保険者番号		記号・番号	
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	種別	年齢
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	種別	年齢
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者住所		氏名	住所
療養を受けた者の氏名		生年月日	負傷の原因
1男 2大 3昭 4平 5令			
2女		年 月 日	
負傷名		負傷年月日	初検年月日
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
経過			
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	
初検料 円		初検時相談支援料 円	往復料 km 円
加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円
整復料・固定料・施療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円		計 円	
部位		遮減開始 後療料 円	冷電法料 円
(1) 100			
(2) 80			
(3) 100			
合 計		円	
一部負担金		円	
請求金額		円	
金属副子等 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 6回目 7回目 8回目 9回目 10回目 11回目 12回目 13回目 14回目 15回目 16回目 17回目 18回目 19回目 20回目 21回目 22回目 23回目 24回目 25回目 26回目 27回目 28回目 29回目 30回目 31回目		円	
支払方法		登録記号番号	
上記のとおり施療したことを証明します。		上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。	
令和 年 月 日		令和 年 月 日	
所在地		住所(上記住所欄と同じ)	
施設名称		被保険者氏名	
電話番号		電話	
柔道整復師氏名		氏名	
この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、印してください。		この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、印してください。	

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

(様式第1号)～(様式第4号)(略)

(様式第5号)
柔道整復施術療養費支給申請書
令和 年 月 分

都道府県番号		施設機関コード	
保険者番号		記号・番号	
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	種別	年齢
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	種別	年齢
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者住所		氏名	住所
療養を受けた者の氏名		生年月日	負傷の原因
1男 2大 3昭 4平 5令			
2女		年 月 日	
負傷名		負傷年月日	初検年月日
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
経過			
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	
初検料 円		初検時相談支援料 円	往復料 km 円
加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円
整復料・固定料・施療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円		計 円	
部位		遮減開始 後療料 円	冷電法料 円
(1) 100			
(2) 100			
(3) 60			
(4) 100			
合 計		円	
一部負担金		円	
請求金額		円	
金属副子等 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目 6回目 7回目 8回目 9回目 10回目 11回目 12回目 13回目 14回目 15回目 16回目 17回目 18回目 19回目 20回目 21回目 22回目 23回目 24回目 25回目 26回目 27回目 28回目 29回目 30回目 31回目		円	
支払方法		登録記号番号	
上記のとおり施療したことを証明します。		上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。	
令和 年 月 日		令和 年 月 日	
所在地		住所(上記住所欄と同じ)	
施設名称		被保険者氏名	
電話番号		電話	
柔道整復師氏名		氏名	
この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、印してください。		この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、印してください。	

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

柔道整復施術療養費支給申請書(償還払い用) (令和 年 月分)

[illegible]

備考 この用紙は、A列4番とすること。 (※は保険者使用欄)

柔道整復施術療養費支給申請書(償還払い用) (令和 年 月分)

[illegible]

備考 この用紙は、A列4番とすること。 (※は保険者使用欄)

(様式第6号)～(様式第8号)(略)

(様式第9号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇
保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い注意喚起通知(被保険者等用)
〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当する可能性がありますので、通知します。

あなたに対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

適切に柔道整復の施術を受けていただきますようお願いいたします。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

＜償還払いへの変更の対象となる事例＞

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近1年間に通算8月以上かつ9部位以上について施術を受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第6号)～(様式第8号)(略)

(様式第9号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇
保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い注意喚起通知(被保険者等用)
〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当する可能性がありますので、通知します。

あなたに対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

適切に柔道整復の施術を受けていただきますようお願いいたします。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

＜償還払いへの変更の対象となる事例＞

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第9号の2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い注意喚起通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた(氏名)について、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当する可能性がありますので、通知します。

(氏名)に対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近1年間に通算8月以上かつ9部位以上について施術を受けている患者

(照会先)

保険者等名
電話番号
担当者

(様式第9号の2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い注意喚起通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた(氏名)について、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当する可能性がありますので、通知します。

(氏名)に対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)

保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 10 号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い変更通知（被保険者等用）

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- あなたに対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い（患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い）に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に柔道整復の施術所において施術を受ける場合は、この「償還払い変更通知（被保険者等用）」を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、償還払い用の支給申請書により、ご自身で（保険者等名）まで療養費を請求してください。

＜償還払いへの変更の対象となる事例＞

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近 1 年間に通算 8 月以上かつ 9 部位以上について施術を受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 10 号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い変更通知（被保険者等用）

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- あなたに対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い（患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い）に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に柔道整復の施術所において施術を受ける場合は、この「償還払い変更通知（被保険者等用）」を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、償還払い用の支給申請書により、ご自身で（保険者等名）まで療養費を請求してください。

＜償還払いへの変更の対象となる事例＞

- 1 自己施術（柔道整復師による自身に対する施術）に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術（柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施設の開業及び従業員に対する施術）を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 10 号の 2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い変更通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた下記の(氏名)については、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

○ (氏名)に対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

○ つきましては、令和〇年〇月以降に(氏名)に施術を行う場合は、当該者から施術料金を全額徴収した上で、償還払い用の支給申請書の施術内容欄及び施術証明欄に必要な記載を行い、当該者に手交してください。

<償還払いに変更する被保険者等>

住所 ○○○○○○○○

氏名 ○○ ○○

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近1年間に通算8月以上かつ9部位以上について施術を受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 11 号)・(様式第 11 号の 2) (略)

(様式第 10 号の 2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い変更通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた下記の(氏名)については、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

○ (氏名)に対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

○ つきましては、令和〇年〇月以降に(氏名)に施術を行う場合は、当該者から施術料金を全額徴収した上で、償還払い用の支給申請書の施術内容欄及び施術証明欄に必要な記載を行い、当該者に手交してください。

<償還払いに変更する被保険者等>

住所 ○○○○○○○○

氏名 ○○ ○○

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施設の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 11 号)・(様式第 11 号の 2) (略)

○別添 2 の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後 受領委任の取扱規程	改 正 前 受領委任の取扱規程
第 1 章～第 3 章 (略)	第 1 章～第 3 章 (略)
第 4 章 療養費の請求 (申請書の作成)	第 4 章 療養費の請求 (申請書の作成)
26 (略)	26 (略)
(1)～(6) (略)	(1)～(6) (略)
<u>(7) 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。</u>	(新設)
27・28 (略)	27・28 (略)
第 5 章～第 8 章 (略)	第 5 章～第 8 章 (略)
第 9 章 患者ごとの償還払いへの変更 (保険者等の行う通知・確認等)	第 9 章 患者ごとの償還払いへの変更 (保険者等の行う通知・確認等)
46 (略)	46 (略)
(1) (略)	(1) (略)
(2) 保険者等は、以下に該当すると考えられる患者について、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、償還払い注意喚起通知(様式第 9 号及び第 9 号の 2 を標準とする。)を送付すること。	(2) 保険者等は、以下に該当すると考えられる患者について、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、償還払い注意喚起通知(様式第 9 号及び第 9 号の 2 を標準とする。)を送付すること。
(削る)	① <u>自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者</u>
(削る)	② <u>自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者</u>
①～③ (略)	③～⑤ (略)
④ <u>令和 9 年 1 月以降において、前月までの連続する 12 か月の間に、通算して 8 月以上かつ 9 部位以上について施術を受けている患者</u>	(新設)
(3) 保険者等は、 <u>(2)①に該当する対象患者について、繰り返し照会して</u>	(3) 保険者等は、(2)の <u>対象患者について</u> 、償還払い注意喚起通知を送付

も回答が得られない場合には、償還払い注意喚起通知を送付し、併せて当該患者に対し、照会に回答しない理由について文書の提出を求めるとともに、電話又は面会により回答を求めること。(2)②、③又は④のいずれかに該当する患者については、償還払い注意喚起通知を送付した月の翌月以降に、同様の施術及び療養費の請求が行われ、なお(2)②、③又は④のいずれかに該当すると考えられる場合は、事実関係を確認するため、当該患者に対し、文書等により、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。なお、(2)③又は④に該当する患者については、保険者等は、文書だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。

- (4) 保険者等は、(3)の対象患者について、(3)の確認の結果、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、償還払い変更通知（様式第10号及び第10号の2を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、償還払い変更通知が到着した月の翌月以降に施術を受ける場合は、償還払い変更通知を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、自身で保険者等に療養費の請求を行うよう指導すること。なお、(2)①、③又は④のいずれかに該当する患者については、保険者等は、償還払い変更通知の送付だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、償還払いに変更となること、施術を受ける場合は施術所に償還払い変更通知を提示すること等を説明すること。

(削る)

47～50 (略)

(受領委任の取扱いの再開)

- 51 保険者等は、47により償還払いに変更となった患者について、それぞれの状況に応じて定期的な確認を行い、受療状況や請求状況、患者照会への回答状況が改善されるなど、療養費の適正な支給の観点から、その後の

した月の翌月以降に、同様の施術及び療養費の請求が行われ、なお(2)①から⑤までのいずれかに該当すると考えられる場合は、事実関係を確認するため、当該患者に対し、文書等により、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。なお、(2)③及び⑤に該当する患者については、保険者等は、文書だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、照会に回答しない理由（⑤に該当する患者は除く。）とともに、施術内容、回数、実際に施術を受けているか、外傷によるものなのか等の説明を求めること。

- (4) 保険者等は、(3)の対象患者について、(3)の確認の結果、状況が改善されないなど、なお(2)①から⑤までのいずれかに該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、償還払い変更通知（様式第10号及び第10号の2を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、償還払い変更通知が到着した月の翌月以降に施術を受ける場合は、償還払い変更通知を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、自身で保険者等に療養費の請求を行うよう指導すること。なお、(2)③及び⑤に該当する患者については、保険者等は、償還払い変更通知の送付だけでなく、電話又は面会により、当該患者に対し、償還払いに変更となること、施術を受ける場合は施術所に償還払い変更通知を提示すること等を説明すること。

- (5) 保険者等は、(2)①に該当する患者については、(2)及び(3)の手続きを経ることなく、当該患者及び当該患者に施術を行っている施術所の施術管理者に対して、(4)の償還払い変更通知を送付することができること。

47～50 (略)

(受領委任の取扱いの再開)

- 51 保険者等は、47により償還払いに変更となった患者について、それぞれの状況に応じて定期的な確認を行い、受療状況や請求状況が改善されるなど、療養費の適正な支給の観点から、その後の施術の必要性を個々に確

施術の必要性を個々に確認する必要がないと考えられる場合は、当該患者並びに 46(4)及び 50 により償還払いへの変更を通知した施術管理者に対して、受領委任の取扱い再開通知（様式第 11 号及び第 11 号の 2 を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、受領委任の取扱い再開通知に記載した受領委任の取扱いの再開月以降に施術を受ける場合は、受領委任の取扱い再開通知を施術所に提示するよう指導すること。 52・53 (略) 第 10 章 (略)	認する必要がないと考えられる場合は、当該患者並びに 46(4)及び 50 により償還払いへの変更を通知した施術管理者に対して、受領委任の取扱い再開通知（様式第 11 号及び第 11 号の 2 を標準とする。）を送付すること。また、保険者等は、当該患者に対して、受領委任の取扱い再開通知に記載した受領委任の取扱いの再開月以降に施術を受ける場合は、受領委任の取扱い再開通知を施術所に提示するよう指導すること。 52・53 (略) 第 10 章 (略)
---	--

(様式第1号) ~ (様式第4号) (略)

（様式第5号） 柔道整復施術療養費支給申請書															都道府県 番号		施設機関コード	
令和 年 月 日															保険者番号			
記号・番号															1. 第1組 2. 第2組 3. 共		4. 第3組 5. 第4組 6. 第5組 7. 第6組 8. 第7組 9. 第8組 10. 第9組 11. 第10組 12. 第11組 13. 第12組 14. 第13組 15. 第14組 16. 第15組 17. 第16組 18. 第17組 19. 第18組 20. 第19組 21. 第20組 22. 第21組 23. 第22組 24. 第23組 25. 第24組 26. 第25組 27. 第26組 28. 第27組 29. 第28組 30. 第29組 31. 第30組 32. 第31組 33. 第32組 34. 第33組 35. 第34組 36. 第35組 37. 第36組 38. 第37組 39. 第38組 40. 第39組 41. 第40組 42. 第41組 43. 第42組 44. 第43組 45. 第44組 46. 第45組 47. 第46組 48. 第47組 49. 第48組 50. 第49組 51. 第50組 52. 第51組 53. 第52組 54. 第53組 55. 第54組 56. 第55組 57. 第56組 58. 第57組 59. 第58組 60. 第59組 61. 第60組 62. 第61組 63. 第62組 64. 第63組 65. 第64組 66. 第65組 67. 第66組 68. 第67組 69. 第68組 70. 第69組 71. 第70組 72. 第71組 73. 第72組 74. 第73組 75. 第74組 76. 第75組 77. 第76組 78. 第77組 79. 第78組 80. 第79組 81. 第80組 82. 第81組 83. 第82組 84. 第83組 85. 第84組 86. 第85組 87. 第86組 88. 第87組 89. 第88組 90. 第89組 91. 第90組 92. 第91組 93. 第92組 94. 第93組 95. 第94組 96. 第95組 97. 第96組 98. 第97組 99. 第98組 100. 第99組 101. 第100組 102. 第101組 103. 第102組 104. 第103組 105. 第104組 106. 第105組 107. 第106組 108. 第107組 109. 第108組 110. 第109組 111. 第110組 112. 第111組 113. 第112組 114. 第113組 115. 第114組 116. 第115組 117. 第116組 118. 第117組 119. 第118組 120. 第119組 121. 第120組 122. 第121組 123. 第122組 124. 第123組 125. 第124組 126. 第125組 127. 第126組 128. 第127組 129. 第128組 130. 第129組 131. 第130組 132. 第131組 133. 第132組 134. 第133組 135. 第134組 136. 第135組 137. 第136組 138. 第137組 139. 第138組 140. 第139組 141. 第140組 142. 第141組 143. 第142組 144. 第143組 145. 第144組 146. 第145組 147. 第146組 148. 第147組 149. 第148組 150. 第149組 151. 第150組 152. 第151組 153. 第152組 154. 第153組 155. 第154組 156. 第155組 157. 第156組 158. 第157組 159. 第158組 160. 第159組 161. 第160組 162. 第161組 163. 第162組 164. 第163組 165. 第164組 166. 第165組 167. 第166組 168. 第167組 169. 第168組 170. 第169組 171. 第170組 172. 第171組 173. 第172組 174. 第173組 175. 第174組 176. 第175組 177. 第176組 178. 第177組 179. 第178組 180. 第179組 181. 第180組 182. 第181組 183. 第182組 184. 第183組 185. 第184組 186. 第185組 187. 第186組 188. 第187組 189. 第188組 190. 第189組 191. 第190組 192. 第191組 193. 第192組 194. 第193組 195. 第194組 196. 第195組 197. 第196組 198. 第197組 199. 第198組 200. 第199組 201. 第200組 202. 第201組 203. 第202組 204. 第203組 205. 第204組 206. 第205組 207. 第206組 208. 第207組 209. 第208組 210. 第209組 211. 第210組 212. 第211組 213. 第212組 214. 第213組 215. 第214組 216. 第215組 217. 第216組 218. 第217組 219. 第218組 220. 第219組 221. 第220組 222. 第221組 223. 第222組 224. 第223組 225. 第224組 226. 第225組 227. 第226組 228. 第227組 229. 第228組 230. 第229組 231. 第230組 232. 第231組 233. 第232組 234. 第233組 235. 第234組 236. 第235組 237. 第236組 238. 第237組 239. 第238組 240. 第239組 241. 第240組 242. 第241組 243. 第242組 244. 第243組 245. 第244組 246. 第245組 247. 第246組 248. 第247組 249. 第248組 250. 第249組 251. 第250組 252. 第251組 253. 第252組 254. 第253組 255. 第254組 256. 第255組 257. 第256組 258. 第257組 259. 第258組 260. 第259組 261. 第260組 262. 第261組 263. 第262組 264. 第263組 265. 第264組 266. 第265組 267. 第266組 268. 第267組 269. 第268組 270. 第269組 271. 第270組 272. 第271組 273. 第272組 274. 第273組 275. 第274組 276. 第275組 277. 第276組 278. 第277組 279. 第278組 280. 第279組 281. 第280組 282. 第281組 283. 第282組 284. 第283組 285. 第284組 286. 第285組 287. 第286組 288. 第287組 289. 第288組 290. 第289組 291. 第290組 292. 第291組 293. 第292組 294. 第293組 295. 第294組 296. 第295組 297. 第296組 298. 第297組 299. 第298組 300. 第299組 301. 第300組 302. 第301組 303. 第302組 304. 第303組 305. 第304組 306. 第305組 307. 第306組 308. 第307組 309. 第308組 310. 第309組 311. 第310組 312. 第311組 313. 第312組 314. 第313組 315. 第314組 316. 第315組 317. 第316組 318. 第317組 319. 第318組 320. 第319組 321. 第320組 322. 第321組 323. 第322組 324. 第323組 325. 第324組 326. 第325組 327. 第326組 328. 第327組 329. 第328組 330. 第329組 331. 第330組 332. 第331組 333. 第332組 334. 第333組 335. 第334組 336. 第335組 337. 第336組 338. 第337組 339. 第338組 340. 第339組 341. 第340組 342. 第341組 343. 第342組 344. 第343組 345. 第344組 346. 第345組 347. 第346組 348. 第347組 349. 第348組 350. 第349組 351. 第350組 352. 第351組 353. 第352組 354. 第353組 355. 第354組 356. 第355組 357. 第356組 358. 第357組 359. 第358組 360. 第359組 361. 第360組 362. 第361組 363. 第362組 364. 第363組 365. 第364組 366. 第365組 367. 第366組 368. 第367組 369. 第368組 370. 第369組 371. 第370組 372. 第371組 373. 第372組 374. 第373組 375. 第374組 376. 第375組 377. 第	

(様式第1号) ~ (様式第4号) (略)

（様式第5号）		柔道整復施術療養費支給申請書										都道府県番号		施術機関コード																													
令和 年 月 分												保険者番号																															
公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①										初診	1. 傷	2. 創	3. 共	4. 併	5. 単	6. 本	7. 2人	8. 高	9. 高	10. 9																					
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②										初診	1. 傷	2. 創	3. 共	4. 併	5. 単	6. 本	7. 2人	8. 高	9. 高	10. 9																					
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者		氏名		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所																							
療養を受けた者の氏名																						生 年 月 日		負傷の原因																			
1男 1男 2大 3昭 4平 5令																						年 月 日																					
負 傷 名																						負 傷 年 月 日		初 療 年 月 日		施術開始年月日		施術終了年月日		要 約		備 考		転 移									
(1)																						・		・		・		・		・		・		・		・							
(2)																						・		・		・		・		・		・		・		・		・					
(3)																						・		・		・		・		・		・		・		・		・					
(4)																						・		・		・		・		・		・		・		・		・					
(5)																						・		・		・		・		・		・		・		・		・					
経 過																						請求 区分		新規・継続																			
施術日																						1		2		3		4		5		6		7		8		9					
初療料																						円		初療時相談 支送料		円		往療料		km		円		金風劇子等 加算		円		施術費 提供料		円			
加算(休日・深夜・時間外)																						円		再療料		円		加算(夜間・難病・暴風雨雪)		円		柔道整復 運動後療料		円		明細書発行 体制加算		円		計			
整療料・固定料・施設料																						(1)		円		(2)		円		(3)		円		(4)		円		(5)		円		計	
部位																						減額 %		減額開始 日		後療料 円		円		冷療法料 円		円		温療法料 円		円		電療料 円		円		計	
(1)																						100																					
(2)																						100																					
(3)																						60																					
(4)																						60																					
(5)																						100																					
要 約																						合 計																					
一部負担金																																											
請求金額																																											
金風劇子等																						1回目		2回目		3回目		柔道整復運動 後療料加算日		日		日		日		日		日		日		日	
明細書発行体制加算																						加算日		日		日		日		日		日		日		日		日		日		日	
支払 機関 口座 振替																						1: 振込 2: 振込 3: 振込 4: 振込		銀行 金庫 支店 支所		本店 支店 支所		755 口座 振替 口座 振替		登録記号番号													
上記のとおり施療したことを証明します。																						令和 年 月 日		所在地		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所	
証 明 書																						令和 年 月 日		所在地		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所		住所	
療 術 所 名 称																						電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話	
柔 道 フォア																						電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話		電 話	
整復師氏名																						氏 名		氏 名		氏 名																	

[illegible]

(様式第5号の2)
柔道整復施術療養費支給申請書(償還払い用) (令和 年 月分)

被保険者証等の 記号番号																															
療養を受けた者の氏名 生 年 月 日 1男 2大 3昭 4平 5令 2女 年 月 日		賞与の原因																													
施 術 の 内 容 種		負 傷 名		負傷年月日		初 検 年 月 日		施術開始年月日		施術終了年月日		要日数		療養形態		転 帰															
		(1)		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・						治療・中止・転医															
		(2)		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・						治療・中止・転医															
		(3)		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・						治療・中止・転医															
		(4)		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・						治療・中止・転医															
		(5)		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・		・ ・ ・						治療・中止・転医															
経 過																												請求 区分		新規・継続	
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																													
初検料 円 加算(休日・深夜・時間外) 円		初検時相談 支援料 円		往療料 km 回 円		金属副子等 加算 円		施術情報 提供料 円		明細書発行 体制加算 円																					
		再検料 円		加算(夜間・難治・暴風雨雪) 円		柔道整復 運動後療料 円		計 円																							
整復料・固定料・施療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円		部位		減減開始 月 日		後療料 円		冷療法料 円		温療法料 円		電療料 円		計 円		多部位 計 円		長期 傾回 計 円													
		(1)		100																											
(2) 100																															
(3) 60																															
(4) 60																															
(5) 100																															
摘 要		合 計																													
※																															
金属副子等 加算日 1回目 2回目 3回目 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		柔道整復運動 後療料加算日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日																													
																												明細書発行体制加算 加算日 日 日			
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 機構		令和 年 月 日		販		申請者 (被保険者)		住所 〒		氏名		電話																			

(様式第6号)～(様式第8号)(略)

(様式第9号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い注意喚起通知(被保険者等用)

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当する可能性がありますので、通知します。

あなたに対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

適切に柔道整復の施術を受けていただきますようお願いいたします。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近1年間に通算8月以上かつ9部位以上について施術を受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第6号)～(様式第8号)(略)

(様式第9号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い注意喚起通知(被保険者等用)

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当する可能性がありますので、通知します。

あなたに対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

適切に柔道整復の施術を受けていただきますようお願いいたします。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第9号の2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い注意喚起通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた(氏名)について、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当する可能性がありますので、通知します。

(氏名)に対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近1年間に通算8月以上かつ9部位以上について施術を受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第9号の2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い注意喚起通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた(氏名)について、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当する可能性がありますので、通知します。

(氏名)に対する柔道整復の施術について、来月以降も、「償還払いへの変更の対象となる事例」に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられる場合は、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更となる場合がありますので、ご注意ください。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

記

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施設所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)
保険者等名
電話番号
担当者

(様式第 10 号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い変更通知（被保険者等用）

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- あなたに対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い（患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い）に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に柔道整復の施術所において施術を受ける場合は、この「償還払い変更通知（被保険者等用）」を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、償還払い用の支給申請書により、ご自身で（保険者等名）まで療養費を請求してください。

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近 1 年間に通算 8 月以上かつ 9 部位以上について施術を受けている患者

（照会先）

保険者等名

電話番号

担当者

(様式第 10 号)

令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

保険者等の所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

保 険 者 等 名 〇〇〇〇〇〇

償還払い変更通知（被保険者等用）

〔柔道整復施術療養費〕

あなたは、令和〇年〇月に柔道整復の施術所において施術を受けていますが、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の〇番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- あなたに対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い（患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い）に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に柔道整復の施術所において施術を受ける場合は、この「償還払い変更通知（被保険者等用）」を施術所に提示するとともに、施術所に施術料金を全額支払った上で、償還払い用の支給申請書により、ご自身で（保険者等名）まで療養費を請求してください。

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術（柔道整復師による自身に対する施術）に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術（柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施設の開設者及び従業員に対する施術）を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

（照会先）

保険者等名

電話番号

担当者

(様式第 10 号の 2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い変更通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた下記の(氏名)については、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- (氏名) に対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に(氏名)に施術を行う場合は、当該者から施術料金を全額徴収した上で、償還払い用の支給申請書の施術内容欄及び施術証明欄に必要な記載を行い、当該者に手交してください。

<償還払いに変更する被保険者等>

住所 ○○○○○○○○

氏名 ○○ ○○

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 2 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 3 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者
- 4 直近 1 年間に通算 8 月以上かつ 9 部位以上について施術を受けている患者

(照会先)

保険者等名

電話番号

担当者

(様式第 10 号の 2)

令和〇年〇月〇日

(施術所名)

施術管理者 ○○ ○○ 様

保険者等の所在地 ○○○○○○○○

保 険 者 等 名 ○○○○○○

償還払い変更通知 (施術管理者用)

〔柔道整復施術療養費〕

令和〇年〇月に貴施術所において施術を受けた下記の(氏名)については、下記の「償還払いへの変更の対象となる事例」の○番に該当し、療養費の適正な支給の観点から、その後の柔道整復の施術の必要性を個々に確認する必要があると考えられることから、下記のとおり通知します。

記

- (氏名) に対する柔道整復の施術について、令和〇年〇月の施術分から、受領委任の取扱い※を中止し、償還払い(患者は施術所に施術料金の全額を支払い、患者が保険者等に療養費を請求する取扱い)に変更します。

※ 受領委任の取扱い：患者は施術所に施術料金の一部を支払い、残りの費用について施術管理者に受領の委任を行い、施術管理者から保険者等に請求を行う取扱い

- つきましては、令和〇年〇月以降に(氏名)に施術を行う場合は、当該者から施術料金を全額徴収した上で、償還払い用の支給申請書の施術内容欄及び施術証明欄に必要な記載を行い、当該者に手交してください。

<償還払いに変更する被保険者等>

住所 ○○○○○○○○

氏名 ○○ ○○

<償還払いへの変更の対象となる事例>

- 1 自己施術(柔道整復師による自身に対する施術)に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者
- 2 自家施術(柔道整復師による家族に対する施術、柔道整復師による関連施術所の開設者及び従業員に対する施術)を繰り返し受けている患者
- 3 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者
- 4 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
- 5 長期かつ頻回な施術を継続して受けている患者

(照会先)

保険者等名

電話番号

担当者

(様式第 11 号)・(様式第 11 号の 2) (略)

(様式第 11 号)・(様式第 11 号の 2) (略)

