

令和 4 年 5 月 27 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、施術内容の透明化や患者への情報提供を推進するとともに、業界の健全な発展を図る観点から、明細書の患者への交付を義務化するため、その一部を別紙のとおり改正し、令和 4 年 10 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。

なお、令和 4 年 10 月 1 日以降新たに受領委任の取扱いの届出又は申出をした者については、改正後の本通知を適用する。令和 4 年 9 月 30 日までに既に受領委任の取扱いに係る協定又は契約を締結済みの者については、特段の意思表示がない限り、改正後の協定又は契約を締結したものとみなして、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。

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

「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 第 1 章・第 2 章 (略) 第 3 章 保険施術の取扱い 16～19 (略) (領収証及び明細書の交付) 20 丁は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、領収証を無償で交付すること。 <u>また、明細書発行機能が付与されているレセプトコンピュータを使用している施術所であって、常勤職員(柔道整復師に限らず、事務職員等も含む。)が 3 人以上である施術所においては、丁は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、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明細書を無償で交付すること。これに該当しない施術所においては、丁は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、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明細書を交付すること。</u> 21～25 (略) 第 4 章～第 10 章 (略)	別紙 第 1 章・第 2 章 (略) 第 3 章 保険施術の取扱い 16～19 (略) (領収証の交付) 20 丁は、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、 <u>患者から求められたときは、正当な理由がない限り、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明細書を交付すること。</u> 21～25 (略) 第 4 章～第 10 章 (略)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		保険種別	1.国	2.都	3.共	4.1.単独	5.2.併	6.本人	7.高一	8.6.高	9.6.高	10.9																								
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		保険種別	4.国	5.都	6.共	7.1.単独	8.2.併	9.本人	10.高	11.高	12.高	13.7																								
被保険者	氏名	住所																																				
世帯主・組合員の要給者	氏名	住所																																				
療養を受けた者の氏名				生年月日		傷の原因																																
1男				1	男	2	大	3	婦	4	平	5	命																									
2女				年月日																																		
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	実日数	転帰																													
(1)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(2)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(3)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(4)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(5)				-	-	-	-	-	治癒・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	初検時相談	円	往療料	km	金属副子等	円	加算	円	加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算(夜間・難治・暴風雨雪)	円	柔道整復	円	運動後療料	円	計	円														
整復料・固定料・施術料				(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																							
部位				速減	速減開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計																								
①				100																																		
②				100																																		
③				80						0.6																												
④				100																																		
⑤				80						0.6																												
⑥				100																																		
概要				合計											円																							
				一部負担金											円																							
				請求金額											円																							
金庫副子等				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				
明細番号				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				
支払区分				1:振込	2:銀行送金	3:当地振	4:現金	5:口座	6:口座	7:口座	8:口座	9:口座	10:口座	11:口座	12:口座	13:口座	14:口座	15:口座	16:口座	17:口座	18:口座	19:口座	20:口座	21:口座	22:口座	23:口座	24:口座	25:口座	26:口座	27:口座	28:口座	29:口座	30:口座	31:口座				
上記のとおり施術したことを証明します。				令和 年 月 日																																		
上記請求に基づき給付金の受領方を左記の者に委任します。				令和 年 月 日																																		
住所(上記住所欄と同じ)																																						
被保険者				氏名																																		
世帯主				氏名																																		
組合員				氏名																																		
要給者				氏名																																		
この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、捺印してください。																																						

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5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		保険種別	1.国	2.都	3.共	4.1.単独	5.2.併	6.本人	7.高一	8.6.高	9.6.高	10.9																								
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		保険種別	4.国	5.都	6.共	7.1.単独	8.2.併	9.本人	10.高	11.高	12.高	13.7																								
被保険者	氏名	住所																																				
世帯主・組合員の要給者	氏名	住所																																				
療養を受けた者の氏名				生年月日		傷の原因																																
1男				1	男	2	大	3	婦	4	平	5	命																									
2女				年月日																																		
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	実日数	転帰																													
(1)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(2)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(3)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(4)				-	-	-	-	-	治癒・中止・転医																													
(5)				-	-	-	-	-	治癒・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	初検時相談	円	往療料	km	金属副子等	円	加算	円	加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算(夜間・難治・暴風雨雪)	円	柔道整復	円	運動後療料	円	計	円														
整復料・固定料・施術料				(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																							
部位				速減	速減開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計																								
①				100																																		
②				100																																		
③				80						0.6																												
④				100																																		
⑤				80						0.6																												
⑥				100																																		
概要				合計											円																							
				一部負担金											円																							
				請求金額											円																							
金庫副子等				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				
明細番号				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				
支払区分				1:振込	2:銀行送金	3:当地振	4:現金	5:口座	6:口座	7:口座	8:口座	9:口座	10:口座	11:口座	12:口座	13:口座	14:口座	15:口座	16:口座	17:口座	18:口座	19:口座	20:口座	21:口座	22:口座	23:口座	24:口座	25:口座	26:口座	27:口座	28:口座	29:口座	30:口座	31:口座				
上記のとおり施術したことを証明します。				令和 年 月 日																																		
上記請求に基づき給付金の受領方を左記の者に委任します。				令和 年 月 日																																		
住所(上記住所欄と同じ)																																						
被保険者				氏名																																		
世帯主				氏名																																		
組合員				氏名																																		
要給者				氏名																																		
この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、捺印してください。																																						

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

○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	改正前
<p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</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1章・第2章 (略)</p>
<p>第3章 保険施術の取扱い</p>	<p>第3章 保険施術の取扱い</p>
<p>16～19 (略)</p>	<p>16～19 (略)</p>
<p>(領収証及び明細書の交付)</p>	<p>(領収証の交付)</p>
<p>20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、<u>正当な理由がない限り、領収証を無償で交付すること。</u></p>	<p>20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、<u>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、正当な理由がない限り、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明細書を交付すること。</u></p>
<p><u>また、明細書発行機能が付与されているレセプトコンピュータを使用している施術所であって、常勤職員（柔道整復師に限らず、事務職員等も含む。）が3人以上である施術所においては、施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、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明細書を無償で交付すること。これに該当しない施術所においては、施術管理者は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、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明細書を交付すること。</u></p>	
<p>21～25 (略)</p>	<p>21～25 (略)</p>
<p>第4章～第10章 (略)</p>	<p>第4章～第10章 (略)</p>

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

郵送用紙番号 施術機関コード 保険者番号

記号・番号 公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号 保険種別 1.協 2.組 3.共 4.国 5.連 6.県 7.市 8.高 9.特 10.9

被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生年月日 負傷の原因 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 実日数 転帰

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 往診料 km 加算 円 金庫副子等加算 円 施術情報提供料 円 明確書発行体制加算 円 計 円

加算(休日・深夜・時間外) 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・治療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円

部位 達成率 達成開始日 後療料 冷電法料 温電法料 電療料 計 多部位計 長期計

概要 合計 一部負担金 請求金額

金庫副子等加算日 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動後療料加算日

明確書発行体制加算 加算日

支払区分 振込 銀行口座 郵便振替 振込 郵便振替 振込 郵便振替

上記のとおり施術したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地 施術所名称 電話番号 フォクス 整復師氏名

受取代理人(本人)の委任の關 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、捺印してください。

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5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

郵送用紙番号 施術機関コード 保険者番号

記号・番号 公費負担者番号 公費負担医療の受給者番号 保険種別 1.協 2.組 3.共 4.国 5.連 6.県 7.市 8.高 9.特 10.9

被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生年月日 負傷の原因 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 実日数 転帰

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 往診料 km 加算 円 金庫副子等加算 円 施術情報提供料 円 明確書発行体制加算 円 計 円

加算(休日・深夜・時間外) 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・治療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円

部位 達成率 達成開始日 後療料 冷電法料 温電法料 電療料 計 多部位計 長期計

概要 合計 一部負担金 請求金額

金庫副子等加算日 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動後療料加算日

明確書発行体制加算 加算日

支払区分 振込 銀行口座 郵便振替 振込 郵便振替 振込 郵便振替

上記のとおり施術したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地 施術所名称 電話番号 フォクス 整復師氏名

受取代理人(本人)の委任の關 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、捺印してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)