

保発0531第2号  
令和6年5月31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6年10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><b>別添 1</b></p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第 1 章 総則 (略)</p> <p>第 2 章 契約 7～12 (略)</p> <p>(施術所の制限)</p> <p>13 受領委任の取扱いは、11 により承諾された施術所 (以下「承諾 施術所」という。) において行われる施術 (<u>訪問及び往療</u>を含む。) のみ認められること。 施術管理者が承諾施術所以外の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、別途、7 及び 10 の手続を経て、厚生 (支) 局長及び都道府県知事から、受領委任の取扱いの承諾を受ける必要があること。</p> <p>14・15 (略)</p> <p>第 3 章 保険施術の取扱い (略)</p> <p>第 4 章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げ</p>	<p><b>別添 1</b></p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第 1 章 総則 (略)</p> <p>第 2 章 契約 7～12 (略)</p> <p>(施術所の制限)</p> <p>13 受領委任の取扱いは、11 により承諾された施術所 (以下「承諾 施術所」という。) において行われる施術 (<u>往療</u>を含む。) のみ認められること。 施術管理者が承諾施術所以外の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、別途、7 及び 10 の手続を経て、厚生 (支) 局長及び都道府県知事から、受領委任の取扱いの承諾を受ける必要があること。</p> <p>14・15 (略)</p> <p>第 3 章 保険施術の取扱い (略)</p> <p>第 4 章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げ</p>

る方式により療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に努めること。

(1)～(6) (略)

(7) 施術管理者は、訪問施術料又は往療料を請求する申請書について、施術者が訪問又は往療した日付、同一日同一建物への訪問かどうか、同一日同一建物への訪問の場合に訪問施術料を算定しているか否か、施術者名、施術した場所及び訪問又は往療が必要な理由並びに要介護度が分かる場合は要介護度を申請書に記入すること。

(8)～(11) (略)

25・26 (略)

第5章～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)

る方式により療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に努めること。

(1)～(6) (略)

(7) 施術管理者は、往療料を請求する申請書について、施術者が往療した日付、同一日同一建物への往療かどうか、同一日同一建物への往療の場合に往療料を算定しているか否か、施術者名、往療の起点、施術した場所及び往療が必要な理由並びに要介護度が分かる場合は要介護度を記入した様式第7号による往療内訳表を添付すること。

(8)～(11) (略)

25・26 (略)

第5章～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)

第9章 長期・頻回な施術について（個々の患者ごとの支払方法の変更）（略）

第10章 その他

47～49 （略）

50 （削除）

第9章 長期・頻回な施術について（個々の患者ごとの支払方法の変更）（略）

第10章 その他

47～49 （略）

（検討）

50 本規程については、施行後、以下の項目について検討し、その結果を踏まえ見直しが行われるものであること。

施術管理者の登録を更新制とし、更新の際に研修受講を課す仕組みについて、現に施術を行っている施術所の施術者に対する影響や、新たに施術管理者となる者への研修の実施状況、さらに、施術者団体による自己研鑽のための研修の実施状況を踏まえながら、早期の導入に向けて、平成33年度中に結論を得るよう、検討する。

別添1 (様式第1号~様式第4号) (略)

別添1 (様式第5号)

一部負担金明細書  
(はり・きゆう (1日分) 用)

様

施 術 内 容 欄	初検料	円
	通所 <small>（はり・きゆう、はり・きゆう併用）</small>	円
	訪問施術料1 <small>（はり・きゆう、はり・きゆう併用）</small>	円
	訪問施術料2 <small>（はり・きゆう、はり・きゆう併用）</small>	円
	訪問施術料3 (3人~9人) <small>（はり・きゆう、はり・きゆう併用）</small>	円
	訪問施術料3 (10人以上) <small>（はり・きゆう、はり・きゆう併用）</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1号~様式第4号) (略)

別添1 (様式第5号)

一部負担金明細書  
(はり・きゆう (1日分) 用)

様

施 術 内 容 欄	初検料	円	
	施術料	はり	円
		きゆう	円
		はり・きゆう併用	円
		電療料	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 (10人~20人)	円
	訪問施術料 3 (20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

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	マッサージ施術	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
	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 号の 2)

一部負担金明細書  
(はり・きゅう (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>(11211 22222 333334444)</small>	回	円
	訪問施術料 1 <small>(11211 22222 333334444)</small>	回	円
	訪問施術料 2 <small>(11211 22222 333334444)</small>	回	円
	訪問施術料 3 (2人~2人) <small>(11211 22222 333334444)</small>	回	円
	訪問施術料 3 (3人以上) <small>(11211 22222 333334444)</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  
(はり・きゅう (1 か月分) 用)

様

年 月分

施術日数 日

施術内容欄	初検料	回	円	
	施術料	はり	回	円
		きゅう	回	円
		はり・きゅう併用	回	円
		電療料	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 (3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	マッサージ施術	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
	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 \_\_\_\_\_



療養費支給申請書( 年 月分) (はり・きゅう用)

別添1 (様式第6号)

公費負担者番号		給付割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割高 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 4割 <input type="checkbox"/> 5割 <input type="checkbox"/> 6割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 10割																													
公費受給者番号																																
区市町村番号																																
受給者番号		保険者番号																														
被保険者番号	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日																													
	年 月 日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																													
	○療養を受けた者の氏名		○業務上・外、第三者行為の有無																													
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他																													
療養内訳	初療年月日	施行期間		実日数	請求区分																											
	( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	自 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	至 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( ) 日	新製・継続 転 籍																											
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸椎病等 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎症等 7. その他 ( )																														
	治療料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	円	内訳																													
	はり・きゅう	円	1割	円	2割	円																										
	通所	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 1	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 2	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 3 (3人~9人)	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 3 (10人以上)	円	1割	円	2割	円																										
特別地域(加算)	円	1割	円	2割	円																											
在 療 料	円	1割	円	2割	円																											
施設報告書交付料 (前同支給: 年 月分)	円	1割	円	2割	円																											
合 計	円																															
一部負担金 (1割・2割・3割)	円																															
請求額	円																															
支払日		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
○記載又は療養の経過 (1. 病状により療養継続を要する場合は継続 2. 療養が終了し、内服、訓練等により療養が終了する場合は継続 3. その他 ( ) )																																
上記のとおり療養を行い、その費用を徴収しました。																																
令和 年 月 日																施設所在地																
令和 年 月 日																施設管理者 氏名																
令和 年 月 日																申請者 氏名																
令和 年 月 日																住所																
令和 年 月 日																電話番号																
同意者 氏名																																

療養費支給申請書( 年 月分) (はり・きゅう用)

別添1 (様式第6号)

公費負担者番号		給付割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割高 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 4割 <input type="checkbox"/> 5割 <input type="checkbox"/> 6割 <input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 10割																													
公費受給者番号																																
区市町村番号																																
受給者番号		保険者番号																														
被保険者番号	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日																													
	年 月 日		○傷病名																													
	○療養を受けた者の氏名		○業務上・外、第三者行為の有無																													
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為 <input type="checkbox"/> その他																													
療養内訳	初療年月日	施行期間		実日数	請求区分																											
	( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	自 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	至 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( ) 日	新製・継続 転 籍																											
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸椎病等 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎症等 7. その他 ( )																														
	治療料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	円	内訳																													
	はり・きゅう	円	1割	円	2割	円																										
	通所	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 1	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 2	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 3 (3人~9人)	円	1割	円	2割	円																										
	訪問治療料 3 (10人以上)	円	1割	円	2割	円																										
特別地域(加算)	円	1割	円	2割	円																											
在 療 料	円	1割	円	2割	円																											
施設報告書交付料 (前同支給: 年 月分)	円	1割	円	2割	円																											
合 計	円																															
一部負担金 (1割・2割・3割)	円																															
請求額	円																															
支払日		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
○記載又は療養の経過 (1. 病状により療養継続を要する場合は継続 2. 療養が終了し、内服、訓練等により療養が終了する場合は継続 3. その他 ( ) )																																
上記のとおり療養を行い、その費用を徴収しました。																																
令和 年 月 日																施設所在地																
令和 年 月 日																施設管理者 氏名																
令和 年 月 日																申請者 氏名																
令和 年 月 日																住所																
令和 年 月 日																電話番号																
同意者 氏名																																
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																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、労働者の専断権限 (平成30年5月12日厚生労働省告示第2号) に従い行われません。  
 ※ 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申請者本人が署名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として施設管理者から押印を受けてください。

**療養費支給申請書**（ 年 月分）（あんま・マタニティ用）  
 種別コード

公費負担者番号															負担割合
公費受給者番号															負担割合 年 月 日
区市町村番号															
受給者番号															

○健康保険証等の記号番号	○発病又は発症年月日	○発病名、発症又は発傷の原因及びその経過		
	年 月 日			
療養を受けた者の氏名	性別	年齢	○発病上・外、第三者行為の有無	
			1. 発病上・外、第三者行為 2. その他 ( ) ○発病した原因 (入浴時や仕立時等発病等、保険関係所業と異なる場合に記載)	

治療年月日	治療期間	実日数	請求区分
年 月 日	年 月 日～年 月 日	日	新規・継続
疾病名及び状況	転院 転院・治療中上・転院		

種別	治療部位 (発症)	(右)上肢		(左)上肢		(右)下肢		(左)下肢	
		前	後	前	後	前	後	前	後
マタニティ (産科料)									
通院		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 1		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 2		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 3 (5人～9人)		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 3 (10人以上)		円×	円=	円=	円=	円			
麻酔法 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
麻酔法・電線麻酔器具 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
更新定片麻酔 (追加) ※麻酔法の併用は不可		円×	円=	円=	円=	円			
特別診療 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
治療料		円×	円=	円=	円=	円			
治療指示書交付料 (前記及後記 年 月分)		円×	円=	円=	円=	円			
合 計									
一割負担金 (1割・2割・3割)									

発病月	診療1回	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	
請求月	診療1回																																

上記のとおり治療を行い、その費用を償還しました。 発病の原因 年 月 日

発病の経過 所在地 名称

療養管理者 氏名 電話

上記の明書に付した費用に際して、療養費の支拂を申請します。 申請者 住所 氏名 電話

申請者 (関係者) 氏名 電話

支払区分	1. 額	2. 額	3. 額	4. 額	5. 額	6. 額	7. 額	8. 額	9. 額	10. 額	11. 額	12. 額	13. 額	14. 額	15. 額	16. 額	17. 額	18. 額	19. 額	20. 額	21. 額	22. 額	23. 額	24. 額	25. 額	26. 額	27. 額	28. 額	29. 額	30. 額	31. 額

本申請書に基づき和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 氏名

※ この和付金の受領の代理人への委任は、受領責任の放棄届 (平成29年6月12日厚労省012第2号通知) に従い行われるものです。  
 ※ 和付金に關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、当該受領より診療を受けた場合や当該受領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、当該受領者等が代理人をなし診療管理者から捺印を受けてください。

**療養費支給申請書**（ 年 月分）（あんま・マタニティ用）  
 種別コード

公費負担者番号															負担割合
公費受給者番号															負担割合 年 月 日
区市町村番号															
受給者番号															

○健康保険証等の記号番号	○発病又は発症年月日	○発病名、発症又は発傷の原因及びその経過		
	年 月 日			
療養を受けた者の氏名	性別	年齢	○発病上・外、第三者行為の有無	
			1. 発病上・外、第三者行為である 2. その他	

治療年月日	治療期間	実日数	請求区分
年 月 日	年 月 日～年 月 日	日	新規・継続
疾病名及び状況	転院 転院・治療中上・転院		

種別	治療部位 (発症)	(右)上肢		(左)上肢		(右)下肢		(左)下肢	
		前	後	前	後	前	後	前	後
マタニティ (産科料)									
通院		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 1		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 2		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 3 (5人～9人)		円×	円=	円=	円=	円			
訪問医師料 3 (10人以上)		円×	円=	円=	円=	円			
麻酔法 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
麻酔法・電線麻酔器具 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
更新定片麻酔 (追加) ※麻酔法の併用は不可		円×	円=	円=	円=	円			
特別診療 (追加)		円×	円=	円=	円=	円			
治療料		円×	円=	円=	円=	円			
治療指示書交付料 (前記及後記 年 月分)		円×	円=	円=	円=	円			
合 計									
一割負担金 (1割・2割・3割)									

発病月	診療1回	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
請求月	診療1回																															

上記のとおり治療を行い、その費用を償還しました。 発病の原因 年 月 日

発病の経過 所在地 名称

療養管理者 氏名 電話

上記の明書に付した費用に際して、療養費の支拂を申請します。 申請者 住所 氏名 電話

申請者 (関係者) 氏名 電話

支払区分	1. 額	2. 額	3. 額	4. 額	5. 額	6. 額	7. 額	8. 額	9. 額	10. 額	11. 額	12. 額	13. 額	14. 額	15. 額	16. 額	17. 額	18. 額	19. 額	20. 額	21. 額	22. 額	23. 額	24. 額	25. 額	26. 額	27. 額	28. 額	29. 額	30. 額	31. 額

本申請書に基づき和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 氏名

※ この和付金の受領の代理人への委任は、受領責任の放棄届 (平成29年6月12日厚労省012第2号通知) に従い行われるものです。  
 ※ 和付金に關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、当該受領より診療を受けた場合や当該受領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、当該受領者等が代理人をなし診療管理者から捺印を受けてください。

(削除)

別添1 (様式第7号)

往療内訳表

月分 出張専門の施術者の場合 ( ) (患者氏名: )

日付	同一日・ 同一建物 記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 ( ) 分かれば記載下さい

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・ 同上的場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
- ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であつて、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
  - ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
  - ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。
  - ・ 出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合 ( )」に「○」を記入すること。