

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 日

都道府県番号	施設機関コード
番号	
保険者番号	
記号・番号	
1.施設 2.種 3.共 4.日 5.種 6.種 7.種 8.種 9.種 10.種	1.単 2.2 3.2 4.2 5.2 6.2 7.2 8.2 9.2 10.2

公費負担者番号①	公費負担者番号②	公費負担者の受給者番号①	公費負担者の受給者番号②
氏名	氏名	住所	住所
世帯主・組合員の受給者	世帯主・組合員の受給者	世帯主・組合員の受給者	世帯主・組合員の受給者

療養を受けた者の氏名	生年月日	傷病の原因
1男 2女	1男 2女 3男 4女 5男 6女	
傷病名	傷病年月日	初診年月日
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		

経過	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
初診時相談 文接料	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
加算(休日・深夜・時間外) 円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

診療科目・固定料・治療料	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	計	円
初診	円	円	円	円	円	円	円
1	100	100	100	100	100	100	100
2	90	90	90	90	90	90	90
3	100	100	100	100	100	100	100

金庫料等 加算	1000円	2000円	3000円	4000円	5000円	6000円	7000円	8000円	9000円	10000円	11000円	12000円	13000円	14000円	15000円	16000円	17000円	18000円	19000円	20000円	21000円	22000円	23000円	24000円	25000円	26000円	27000円	28000円	29000円	30000円
金庫料等 加算	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

支払区分	1:前払 2:当座 3:当座私 4:別当	振込の振替 金庫機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 本・支所	口座 名称 口座 番号	登録記号番号
------	-------------------------------	---------------	----------------	------------------	----------------------	--------

上記のとおり記載したことを証明します。	令和 年 月 日	所在地	施設名称	電話番号	代表者 氏名
令和 年 月 日	所在地	施設名称	電話番号	代表者 氏名	代表者 氏名
令和 年 月 日	所在地	施設名称	電話番号	代表者 氏名	代表者 氏名

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																				普通利用番号		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) 公費負担者番号										公費負担医療の受給者番号 (1) 公費負担医療の受給者番号										記号・番号		1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船			
被保険者 氏名 住所										氏名 住所										1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船		1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船			
療養を受けた者の氏名										生 年 月 日										1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船		1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船			
負 傷 名										負 傷 年 月 日										1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船		1. 船 2. 船 3. 共 4. 船 5. 船 6. 船 7. 船 8. 船 9. 船 10. 船			
(1)										(2)										(3)		(4)			
(2)										(3)										(4)		(5)			
(3)										(4)										(5)		(6)			
(4)										(5)										(6)		(7)			
(5)										(6)										(7)		(8)			
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															
初診料										円										円		円			
加算(休日・深夜・時間外)										円										円		円			
再診料										円										円		円			
整復料・固定料・施設料										(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円										計		計			
部位										円										円		円			
(1)										(2)										(3)		(4)			
(2)										(3)										(4)		(5)			
(3)										(4)										(5)		(6)			
(4)										(5)										(6)		(7)			
摘 要										合 計										円		円			
										一部負担金										円		円			
										請求金額										円		円			
金属器具等										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										円		円			
明細書発行										円										円		円			
登録番号										円										円		円			
令和 年 月 日										令和 年 月 日										円		円			
所在地										住所(上記住所と同じ)										円		円			
施設名称										被保険者										円		円			
電話										氏 名										円		円			
柔道整復師氏名										氏 名										円		円			
上記のとおり施術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右記の者に委任します。										円		円			

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		真直の原因																																																	
療養を受けた者の氏名		生 年 月 日					真直の原因																																												
1 男 1 男 2 女 3 男 4 女 5 女																																																			
2 女																																																			
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					支払額					総支払額					配 場																			
(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																			
初療料		円					円					円					円					円					円					円					円					円									
加算(休日・深夜・時間外)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
再療料		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円					円					円					円					円					円					円					円				
加算(夜間・通夜・暴風雨等)		円					円					円																																							

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)															都道府県番号		施設機関コード	
柔道整復施術療養費支給申請書																		
令和 年 月 日															保険者番号			
記号・番号															1. 胎 2. 組 3. 共		4. 単 5. 本人 6. 一 7. 延 8. 合 9. 10. 9	
公費負担者番号①															1. 胎 2. 組 3. 共		4. 単 5. 本人 6. 一 7. 延 8. 合 9. 10. 9	
公費負担者番号②															1. 胎 2. 組 3. 共		4. 単 5. 本人 6. 一 7. 延 8. 合 9. 10. 9	
表保護者 氏名															住所			
世帯主・組合員の受給者 住所															氏名			
療養を受けた者の氏名															生 年 月 日		負傷の原因	
1男 1明 2大 3短 4平 5令															2女			
負 傷 名															負 傷 年 月 日		初 診 年 月 日	
(1)															・ ・ ・		施設開始年月日	
(2)															・ ・ ・		施設終了年月日	
(3)															・ ・ ・		実日数	
(4)															・ ・ ・		経過日数	
(5)															・ ・ ・		転 場	
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			
加算(休日・深夜・時間外) 円															初検時相談 円		往療料 km 円	
再検料 円															加算(夜間・難治・暴風雨等) 円		金属器具等 円	
運動療法料 円															通所指導 円		明細書発行 円	
整理料・固定料・治療料 (1) 円															(2) 円		(3) 円	
(4) 円															(5) 円		計 円	
部位															減額 %		減額開始日	
(1) 100															—		—	
(2) 80															—		—	
(3) 100															—		—	
合 計															円		円	
一部負担金															円		円	
請求金額															円		円	
全額返還等															円		円	
支払区分															現金振込		現金振込	
1: 振込															銀行		本店	
2: 振込															金融		支店	
3: 通知															農協		口座	
4: 別送															本・文庫		番号	
登録番号															—		—	
上記のとおり記載したことを証明します。															令和 年 月 日		令和 年 月 日	
所在地															住所(上記住所欄と同じ)		氏 名	
電話番号															氏 名		氏 名	
柔道整復師 氏 名															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、代理人のほうに記入してください。																		
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										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										1.胎	2.乳	3.共	4.1.単独	5.本人	6.高1	7.高2	8.高3	9.高4	10.高5											
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②										1.胎	2.乳	3.共	4.1.単独	5.本人	6.高1	7.高2	8.高3	9.高4	10.高5											
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		1男 2大 3昭 4平 5令																														
2女		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		支払額		診療科目		転 移																		
(1)		・ ・		・ ・		・ ・		・ ・						治療、中止、転院																		
(2)		・ ・		・ ・		・ ・		・ ・						治療、中止、転院																		
(3)		・ ・		・ ・		・ ・		・ ・						治療、中止、転院																		
(4)		・ ・		・ ・		・ ・		・ ・						治療、中止、転院																		
(5)		・ ・		・ ・		・ ・		・ ・						治療、中止、転院																		
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
初療料		円		初療時相談 支援料		円		往療料		km		円		金風副子等 加算		円		施術費 提供料		円		明細書発行 体制加算		円		計		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		計		円		円		計		円		円		円				
整復料・固定料・施設料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計		円		計		円		円		計		円		円		円				
部位		減額 %		減額開始 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 頻回		計		円		円				
(1)		100																														
(2)		100																														
(3)		60																														
(4)		60																														
(5)		100																														
要 求												合 計		円		円		円		円		円		円		円		円				
一部負担金												円		円		円		円		円		円		円		円		円				
請求金額												円		円		円		円		円		円		円		円		円				
金風副子等 加算		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		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 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 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		日 日 日 日		
支払 機関 口座 番号		1:当行 2:当行 3:当行 4:当行 5:当行 6:当行 7:当行 8:当行 9:当行 10:当行 11:当行 12:当行 13:当行 14:当行 15:当行 16:当行 17:当行 18:当行 19:当行 20:当行 21:当行 22:当行 23:当行 24:当行 25:当行 26:当行 27:当行 28:当行 29:当行 30:当行 31:当行 32:当行																														

(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		負傷の原因																												
1男 1明 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	施術開始年月日	施術終了年月日																											
(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	往療料	km	同	円	金属副子等 加算	円	施術情報 提供料	円	明細書発行 加算	円	計	円																
加算(休日・深夜・時間外)		円	再検料	円	加算(夜間・難路・暴風雨等)	円	柔道整復 運動後療料	円	同	円	同	円	同	円	同	円																
整復料・固定料・療料		(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円	円	円																	
部位		100	通減 %	円	通減開始 月 日	円	同	円	同	円	同	円	同	円	同	円																
(1)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(2)		80	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(3)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(4)		60	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(5)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
合 計		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																
※		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																
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		住所 〒 -																														
申請者 (被保険者) 氏名		電話																														
支払区分		預金の振替		金融機関		銀行		金庫		本店		支店		口座		番号																
1:振込		1:普通		銀行		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
2:銀行送金		2:当座		金庫		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
3:当地払		3:通知		農協		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
4:別段		4:別段																														
上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		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		令和 年 月 日																														
所在地〒		申請者 住所																														
施術所 名称		(被保険者) 氏名																														
電 話		代 理 人 住所																														
電話番号		氏名																														
柔道整復師 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。																														

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		負傷の原因																												
1男 1明 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	施術開始年月日	施術終了年月日																											
(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	往療料	km	同	円	金属副子等 加算	円	施術情報 提供料	円	明細書発行 加算	円	計	円																
加算(休日・深夜・時間外)		円	再検料	円	加算(夜間・難路・暴風雨等)	円	柔道整復 運動後療料	円	同	円	同	円	同	円	同	円																
整復料・固定料・療料		(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円	円	円																	
部位		100	通減 %	円	通減開始 月 日	円	同	円	同	円	同	円	同	円	同	円																
(1)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(2)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(3)		60	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(4)		100	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
(5)		60	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円	――	円																
合 計		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																
※		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円																
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		住所 〒 -																														
申請者 (被保険者) 氏名		電話																														
支払区分		預金の振替		金融機関		銀行		金庫		本店		支店		口座		番号																
1:振込		1:普通		銀行		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
2:銀行送金		2:当座		金庫		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
3:当地払		3:通知		農協		本店		支店		口座		番号		番号		番号																
4:別段		4:別段																														
上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		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		令和 年 月 日																														
所在地〒		申請者 住所																														
施術所 名称		(被保険者) 氏名																														
電 話		代 理 人 住所																														
電話番号		氏名																														
柔道整復師 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。																														

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)

