

事 務 連 絡
令和 8 年 7 月 21 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課	}	御 中
都道府県民生主管部（局）		
国 民 健 康 保 険 主 管 課 （ 部 ）		
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 ）		

厚生労働省保険局医療課

「はり師、きゅう師およ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」の一部訂正について

下記の通知について、別紙 1 のとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

記

- ・「はり師、きゅう師およ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」（令和 8 年 6 月 5 日保発 0605 第 9 号）（別紙 1）

(別紙 1)

「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

(令和 8 年 6 月 5 日保発 0605 第 9 号)

別添 1

受領委任の取扱規程

第 1 章～第 10 章 (略)

別添 1 (様式第 1 号～様式第 5 号の 3 の 2) (略)

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード																																				
公 費 負 担 者 番 号										特記事項		1 社 国 3 後高 2 本外 4 六外 8 高外一 6 家外 0 高外7				給付割合																				
公 費 受 給 者 番 号																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 欄	○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																														
	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																										
			男 ・ 女							(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																										
			明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生							○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記載）																										
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										転 帰 継続・治癒・中止・転医																										
施 術 内 容 欄	施 術 料	マッサージ（施術料）					同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																							
		施術回数	回	回	回	回	回																													
		通所					円×					回＝																円								
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝																円								
		訪問施術料 1					円×					回＝																円								
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝																円								
		訪問施術料 2					円×					回＝																円								
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝																円								
		訪問施術料 3（3人～9人）					円×					回＝																円								
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝																円								
		訪問施術料 4（10人～19人）					円×					回＝																円								
		(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝																円								
	訪問施術料 5（20人以上）					円×					回＝					円																				
	(月16回以降の施術に係る50%減)					円×0.5×					回＝					円																				
	温 電 法（加 算）					円×					回＝					円																				
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)					円×0.5×					回＝					円																				
	温電法・電気光線器具（加 算）					円×					回＝					円																				
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)					円×0.5×					回＝					円																				
	変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可					同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
						施術回数	回	回	回	回																										
						円×					回＝					円																				
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)					円×0.5×					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																					
合 計															円																					
※集中度90%以上の施設等入居者（80%減対象）【該当の場合○】												減後合計額													円											
一部負担金（1 割 ・ 2 割 ・ 3 割）										円																										
請 求 額										円																										
施術日	訪問1①	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			
通所○	訪問2②																																			
	訪問3③																																			
往療◎	訪問4④																																			
	訪問5⑤																																			
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。															保健所登録区分					1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地															
	令和 年 月 日 施術所 所在地 登録記号番号 名 称 施設管理者 氏 名 電話																																			
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 住所 殿 (被保険者) 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 金庫 支店 農協 出張所															
	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																														
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																									
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、施術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～様式第 9 号の 2）（略）

別添 2（略）