事　務　連　絡
令和６年７月２日

地方厚生（支）局医療課
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）
御中

厚生労働省保険局医療課

「「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の支給の留意事項等について」の一部改正について」等の一部訂正について

下記の通知について、別紙１及び別紙２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、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」の一部改正について」（令和６年５月 31 日保医発 0531 第７号）（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６年５月 31 日保発 0531 第２号）（別紙２）

（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の支給の留意事項等について」の一部改正について

（令和６年５月 31 日付け保医発 0531 第７号）

別添１

はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等

第１章～第５章　（略）

第６章　訪問施術料

１～８　（略）

９　特別地域加算は、~~「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）第四の四の三の三に規定する地域（以下「~~特別地域~~」という。）~~に居住する患者の患家に赴き、訪問施術料の支給要件を満たして施術を行った場合、特別地域加算として所定額を加算すること。

10～12　（略）

第７章　往療料

１～５　（略）

６　往療料を支給する療養費支給申請書には、施術者に施術内容と併せて突発的に発生した往療を行った日及び当該往療を必要とした理由の記入を受ける他、「摘要」欄に~~当該往療を必要とした理由、~~連携した医師の氏名及び保険医療機関名等の記入を受ける取扱いとすること。

７　（略）

第８章～第 10 章　（略）

別添２

マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等

第１章～第４章　（略）

第５章　訪問施術料

１～９　（略）

10　~~「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）第四の四の三の三に規定する地域（以下「~~特別地域~~」という。）~~に居住する患者の患家に赴き、訪問施術料の支給要件を満たして施術を行った場合、特別地域加算として所定額を加算すること。

11～13　（略）

~~13~~14　訪問施術に要した交通費については、患家の負担とすること。

訪問施術時に要したバス、タクシー、鉄道、船等の交通費は、その実費とすること。自転車、スクーター等の場合は、土地の慣例、当事者間の合議によるべきであるが、通例は交通費に該当しないこと。

第６章　往療料

１～６　（略）

７　往療料を支給する療養費支給申請書には、施術者に施術内容と併せて突発的に発生した往療を行った日及び当該往療を必要とした理由の記入を受ける他、「摘要」欄に~~、当該往療を必要とした理由、~~連携した医師の氏名及び保険医療機関名等の記入を受ける取扱いとすること。

８　（略）

第７章～第９章　（略）

別添２（別紙１）

同　意　書　（あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再同意　（○をつけて下さい）	
診察日	令和　年　月　日	
症　状	筋麻痺 筋萎縮	（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい） 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	（関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　）
	その他	（筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（　躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　）	
	変形徒手矯正術（　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　）	
訪問又は往療	１．必要とする　２．必要としない	
	訪問又は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っての外出が困難 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 （　）	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名

※　保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。（裏面参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添１（様式第６号）

療 養 費 支 給 申 請 書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

（別紙2）

機関コード

公費負担者番号									
公費受給者番号									
区市町村番号									
受給者番号									

特記事項

1 社国　3 後高　2 本外　8 高外一
2 公費　4 退職　4 六外　0 高外7
6 家外

種類　05 鍼灸

給付割合　8　9　10

保険者番号

被保険者欄

○被保険者証等の記号番号	○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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄

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　1．神経痛　2．リウマチ　3．頸腕症候群　4．五十肩　5．腰痛症　6．頸椎捻挫後遺症　7．その他（　　）

転帰：継続・治癒・中止・転医

初検料（１はり　２きゅう　３はりきゅう併用）　円

摘要

はり・きゅう 施術料	施術の種類	1術　回	2術　回
	通所	円×　回＝　円	
	訪問施術料　1	円×　回＝　円	
	訪問施術料　2	円×　回＝　円	
	訪問施術料　3（３人～９人）	円×　回＝　円	
	訪問施術料　3（10人以上）	円×　回＝　円	
	電療料（加算／　１電気針　２電気温灸器　３電気光線器具）	円×　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	
合計		円	
一部負担金（１割・２割・３割）		円	
請求額		円	

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
訪問１① 通所○ 訪問２② 往療◎ 訪問３③ 月																															

○往療又は訪問の理由（ 1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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

登録記号番号

施術所　〒　－　所在地　名称

施術管理者　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

〒　－

殿　申請者（被保険者）　住所　氏名　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	
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		銀行　本店　金庫　支店　農協　出張所　郵便局

口座名義カタカナで記入　口座番号

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

（被保険者）　氏名

代理人　住所

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号の２）

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								
公費受給者番号								
区市町村番号								
受給者番号								

特記事項

1 社国　3 後高　2 本外　8 高外一
2 公費　4 退職　4 六外　0 高外7
6 家外

種類　04 マ

給付割合		
8	9	10

保険者番号

被保険者欄

○被保険者証等の記号番号	○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　(ﾌﾘｶﾞﾅ)　男・女

明・大・昭・平・令　年　月　日生

続柄

○業務上・外、第三者行為の有無
（　１．業務上　２．第三者行為　３．その他（　　））

○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄

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

マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
	施術回数	回	回	回	回	回	
施術料　通所			円×		回＝	円	
施術料　訪問施術料　1			円×		回＝	円	
施術料　訪問施術料　2			円×		回＝	円	
施術料　訪問施術料　3（3人～9人）			円×		回＝	円	
施術料　訪問施術料　3（10人以上）			円×		回＝	円	
温罨法（加算）			円×		回＝	円	
温罨法・電機光線器具（加算）			円×		回＝	円	

変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	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
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
合計					円
一部負担金（1割・2割・3割）					円
請求額					円

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
訪問１①																															
通所○　訪問２②																															
往療◎　訪問３③																															

月

○往療又は訪問の理由（　１．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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。

令和　年　月　日

登録記号番号

施術所　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

〒　－

所在地

名称

施術管理者　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

〒　－

殿　申請者（被保険者）　住所　氏名　電話

支払機関欄

支払区分
1. 振込　2. 銀行送金　3. 郵便局送金　4. 当地払

預金の種類
1. 普通　2. 当座　3. 通知　4. 別段

金融機関名　銀行　金庫　農協　本店　支店　出張所

口座名義（カタカナで記入）

口座番号

郵便局

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

（被保険者）　氏名

代理人　住所

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。