

平成30年5月24日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

（ 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の支給の留意事項等について」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の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）については、その一部を下記のとおり改正し、本年6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

「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」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）の一部を次の表のように改正する。

ただし、別添1の別紙4及び別添2の別紙4の様式については、当分の間、従来の様式を取り繕って使用できることとする。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添1 (別紙4)

別添1 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日		○傷病名	
	(7桁)		年 月 日		年 月 日	
	療養を受けた者の氏名		○発症又は負傷の原因及びその経過		○業務上・外、第三者行為の有無	
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数 請求区分	
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日 日 新規・継続	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸胸症候群 4. 五十肩		転 帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		継続・治療・中止・転医			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	
	はり		円× 回=		円	
	きゅう		円× 回=		円	
	はり・きゅう併用		円× 回=		円	
	電療料		1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円× 回=	
	往療料		4 km まで		円× 回=	
往療料		4 km 超過		円× 回=		
費用額計		円				
施 術 日 通 院 往 療 欄	施術日		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	
	通院		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	
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。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	平成 年 月 日		住所		氏名 電話番号	
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。		平成 年 月 日		申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号	
	支払区分		預金の種類		金融機関名	
支 払 機 関 欄	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店	
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店	
前 記 欄	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
	住 所		住 所		傷 病 名	
要加療期間		平成 年 月 日				

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日		○傷病名	
	(7桁)		年 月 日		年 月 日	
	療養を受けた者の氏名		○発症又は負傷の原因及びその経過		○業務上・外、第三者行為の有無	
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数 請求区分	
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日 日 新規・継続	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸胸症候群 4. 五十肩		転 帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		継続・治療・中止・転医			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	
	はり		円× 回=		円	
	きゅう		円× 回=		円	
	はり・きゅう併用		円× 回=		円	
	電療料		1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円× 回=	
	往療料		2 km まで		円× 回=	
往療料		2 km 超過		円× 回=		
費用額計		円				
施 術 日 通 院 往 療 欄	施術日		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	
	通院		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	
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。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	平成 年 月 日		住所		氏名 電話番号	
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。		平成 年 月 日		申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号	
	支払区分		預金の種類		金融機関名	
支 払 機 関 欄	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店	
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店	
前 記 欄	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
	住 所		住 所		傷 病 名	
要加療期間		平成 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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ①

住所
代理人 氏名 ②

※ 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)場合に記入してください。

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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ①

住所
代理人 氏名 ②

※ 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)場合に記入してください。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添2 (別紙4)

別添2 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
(7桁)		続 柄		○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		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	
傷病名又は症状		転 移		請 求 区 分	
		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
マ ッ サ ー ジ		脈 診 円× 回= 円		摘 要	
		右上肢 円× 回= 円			
		左上肢 円× 回= 円			
		右下肢 円× 回= 円			
		左下肢 円× 回= 円			
変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円			
温 電 法		円× 回= 円			
温電法・電気光線器具		円× 回= 円			
往療料 <u>4km</u> まで		円× 回= 円			
往療料 <u>4km超</u>		円× 回= 円			
合 計		円			
施術日		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	
通院○ 往療◎					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
平成 年 月 日		住 所			
免許登録番号		あんまマッサージ指折師 氏名		◎ 電 話	
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。		平 一			
平成 年 月 日		申請者 住 所			
殿		(被保険者) 氏名		◎ 電 話	
支払機		預金の種別		銀行 本店	
関 係		1. 普通 2. 当座		支店	
区 分		3. 通知 4. 別段		出張所	
1. 振込 2. 銀行送金		金融機関名		銀行 本店	
3. 郵便局送金 4. 当地払				支店	
口座番号		口 座 番 号		出 張 所	
口座名義		口 座 番 号		郵便局	
カタカナで記入					
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
				平成 年 月 日	
同意医師の氏名		住 所		傷 病 名	
				要加療期間	

○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
(7桁)		続 柄		○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		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	
傷病名又は症状		転 移		請 求 区 分	
		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
マ ッ サ ー ジ		脈 診 円× 回= 円		摘 要	
		右上肢 円× 回= 円			
		左上肢 円× 回= 円			
		右下肢 円× 回= 円			
		左下肢 円× 回= 円			
変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円			
温 電 法		円× 回= 円			
温電法・電気光線器具		円× 回= 円			
往療料 <u>2km</u> まで		円× 回= 円			
加算 (<u>km</u>)		円× 回= 円			
合 計		円			
施術日		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	
通院○ 往療◎					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
平成 年 月 日		住 所			
免許登録番号		あんまマッサージ指折師 氏名		◎ 電 話	
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。		平 一			
平成 年 月 日		申請者 住 所			
殿		(被保険者) 氏名		◎ 電 話	
支払機		預金の種別		銀行 本店	
関 係		1. 普通 2. 当座		支店	
区 分		3. 通知 4. 別段		出 張 所	
1. 振込 2. 銀行送金		金融機関名		銀行 本店	
3. 郵便局送金 4. 当地払				支店	
口座番号		口 座 番 号		出 張 所	
口座名義		口 座 番 号		郵便局	
カタカナで記入					
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
				平成 年 月 日	
同意医師の氏名		住 所		傷 病 名	
				要加療期間	

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。平成 年 月 日
 申請者 住所
 (被保険者) 氏名 ①
 住所
 代理人 氏名 ①

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。平成 年 月 日
 申請者 住所
 (被保険者) 氏名 ①
 住所
 代理人 氏名 ①

※ 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)場合に記入してください。

※ 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)場合に記入してください。