

令和 7 年 12 月 3 日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
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		

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、現  
行の療養費支給申請書において、同申請書への記入等が困難である重度の視覚障害を  
有する施術者に配慮するため、その一部を下記のとおり改正し、令和 8 年 1 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 の別紙 4 の次に次の別紙 4 の 2 を加える。

3 枚中 1 枚目

別添 1（別紙 4 の 2）

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者資格に係る記号番号							○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		
										( 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、被保険者の住所地と異なる場合に記載）		
明・大・昭・平・令 年 月 日生												

3枚中2枚目

療養を受けた者の氏名

( )

年

月分

別添1 (別紙4の2)

被保険者資格に係る記号番号

( )

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													
	施 術 料	はり・きゅう			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																														
費 用 額 計			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																																	
往療◎	訪問3③																																	
○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 ( ) )																																		

3枚中3枚目療養を受けた者の氏名（）年 月分別添1（別紙4の2）

被保険者資格に係る記号番号（）

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				〒		—	
	免許登録番号		はり師		住所			
	免許登録番号		きゅう師		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 (被保険者)		住所	
	殿				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	
	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				金庫 支店	
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段				農協 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	
					令和 年 月 日			

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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			

※ 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。

2 別添 2 の別紙 4 の次に次の別紙 4 の 2 を加える。

3 枚中 1 枚目

別添 2（別紙 4 の 2）

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	○被保険者資格に係る記号番号							○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 ( ) )						
						○施術した場所（入居施設や住所地特例等、被保険者の住所地と異なる場合に記載）						
明・大・昭・平・令 年 月 日生												

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															
	施 術 料	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																				
		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																									
		温 罨 法（加 算）							円× 回＝ 円																									
		温罨法・電気光線器具（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																										
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																																	
往療◎	訪問3③																																	
○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（ ） ）																																		

3 枚中 3 枚目 療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分

別添 2 (別紙 4 の 2)

被保険者資格に係る記号番号 ( )

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			〒	—				
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			住所	氏名				
支払機関欄	申請者 (被保険者)			住所	氏名				
	殿			住所	氏名				
同意記録	支払区分			預金の種類		金融機関名		銀行	本店
	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				金庫	支店
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			令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日

1枚目、2枚目の記載内容も確認し、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				
	住所				
代理人	氏名				

※ 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。