

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)

[illegible]

(様式第1号) ~ (様式第4号) (略)

（様式第5号） 柔道整復施療養費支給申請書															都道府県 番号		施術機関コード	
令和 年 月 日															保険者番号			
公費負担者番号 の					公費負担医療の受 給者番号の					記号・番号					1.単 独2.本 人3.高 一4.9		1.単 独2.本 人3.高 一4.9	
公費負担者番号 の					公費負担医療の受 給者番号の					1.1.給2.組3.共 同4.1.給5.退6.無 期7.1.給8.退9.無 期10.1.給11.退12.無 期13.1.給14.退15.無 期16.1.給17.退18.無 期19.1.給20.退21.無 期22.1.給23.退24.無 期25.1.給26.退27.無 期28.1.給29.退30.無 期31.1.給32.退33.無 期34.1.給35.退36.無 期37.1.給38.退39.無 期40.1.給41.退42.無 期43.1.給44.退45.無 期46.1.給47.退48.無 期49.1.給50.退51.無 期52.1.給53.退54.無 期55.1.給56.退57.無 期58.1.給59.退60.無 期61.1.給62.退63.無 期64.1.給65.退66.無 期67.1.給68.退69.無 期70.1.給71.退72.無 期73.1.給74.退75.無 期76.1.給77.退78.無 期79.1.給80.退81.無 期82.1.給83.退84.無 期85.1.給86.退87.無 期88.1.給89.退90.無 期91.1.給92.退93.無 期94.1.給95.退96.無 期97.1.給98.退99.無 期100.1.給101.退102.無 期103.1.給104.退105.無 期106.1.給107.退108.無 期109.1.給110.退111.無 期112.1.給113.退114.無 期115.1.給116.退117.無 期118.1.給119.退120.無 期121.1.給122.退123.無 期124.1.給125.退126.無 期127.1.給128.退129.無 期130.1.給131.退132.無 期133.1.給134.退135.無 期136.1.給137.退138.無 期139.1.給140.退141.無 期142.1.給143.退144.無 期145.1.給146.退147.無 期148.1.給149.退150.無 期151.1.給152.退153.無 期154.1.給155.退156.無 期157.1.給158.退159.無 期160.1.給161.退162.無 期163.1.給164.退165.無 期166.1.給167.退168.無 期169.1.給170.退171.無 期172.1.給173.退174.無 期175.1.給176.退177.無 期178.1.給179.退180.無 期181.1.給182.退183.無 期184.1.給185.退186.無 期187.1.給188.退189.無 期190.1.給191.退192.無 期193.1.給194.退195.無 期196.1.給197.退198.無 期199.1.給200.退201.無 期202.1.給203.退204.無 期205.1.給206.退207.無 期208.1.給209.退210.無 期211.1.給212.退213.無 期214.1.給215.退216.無 期217.1.給218.退219.無 期220.1.給221.退222.無 期223.1.給224.退225.無 期226.1.給227.退228.無 期229.1.給230.退231.無 期232.1.給233.退234.無 期235.1.給236.退237.無 期238.1.給239.退240.無 期241.1.給242.退243.無 期244.1.給245.退246.無 期247.1.給248.退249.無 期250.1.給251.退252.無 期253.1.給254.退255.無 期256.1.給257.退258.無 期259.1.給260.退261.無 期262.1.給263.退264.無 期265.1.給266.退267.無 期268.1.給269.退270.無 期271.1.給272.退273.無 期274.1.給275.退276.無 期277.1.給278.退279.無 期280.1.給281.退282.無 期283.1.給284.退285.無 期286.1.給287.退288.無 期289.1.給290.退291.無 期292.1.給293.退294.無 期295.1.給296.退297.無 期298.1.給299.退300.無 期301.1.給302.退303.無 期304.1.給305.退306.無 期307.1.給308.退309.無 期310.1.給311.退312.無 期313.1.給314.退315.無 期316.1.給317.退318.無 期319.1.給320.退321.無 期322.1.給323.退324.無 期325.1.給326.退327.無 期328.1.給329.退330.無 期331.1.給332.退333.無 期334.1.給335.退336.無 期337.1.給338.退339.無 期340.1.給341.退342.無 期343.1.給344.退345.無 期346.1.給347.退348.無 期349.1.給350.退351.無 期352.1.給353.退354.無 期355.1.給356.退357.無 期358.1.給359.退360.無 期361.1.給362.退363.無 期364.1.給365.退366.無 期367.1.給368.退369.無 期370.1.給371.退372.無 期373.1.給374.退375.無 期376.1.給377.退378.無 期379.1.給380.退381.無 期382.1.給383.退384.無 期385.1.給386.退387.無 期388.1.給389.退390.無 期391.1.給392.退393.無 期394.1.給395.退396.無 期397.1.給398.退399.無 期400.1.給401.退402.無 期403.1.給404.退405.無 期404.1.給406.退407.無 期405.1.給408.退409.無 期406.1.給410.退411.無 期407.1.給412.退413.無 期408.1.給414.退415.無 期409.1.給416.退417.無 期410.1.給418.退419.無 期411.1.給420.退421.無 期412.1.給422.退423.無 期413.1.給424.退425.無 期414.1.給426.退427.無 期415.1.給428.退429.無 期416.1.給430.退431.無 期417.1.給432.退433.無 期418.1.給434.退435.無 期419.1.給436.退437.無 期420.1.給438.退439.無 期421.1.給440.退441.無 期422.1.給442.退443.無 期423.1.給444.退445.無 期424.1.給446.退447.無 期425.1.給448.退449.無 期426.1.給450.退451.無 期427.1.給452.退453.無 期428.1.給454.退455.無 期429.1.給456.退457.無 期430.1.給458.退459.無 期431.1.給460.退461.無 期432.1.給462.退463.無 期433.1.給464.退465.無 期434.1.給466.退467.無 期435.1.給468.退469.無 期436.1.給470.退471.無 期437.1.給472.退473.無 期438.1.給474.退475.無 期439.1.給476.退477.無 期440.1.給478.退479.無 期441.1.給480.退481.無 期442.1.給482.退483.無 期443.1.給484.退485.無 期444.1.給486.退487.無 期445.1.給488.退489.無 期446.1.給490.退491.無 期447.1.給492.退493.無 期448.1.給494.退495.無 期449.1.給496.退497.無 期450.1.給498.退499.無 期451.1.給500.退501.無 期452.1.給502.退503.無 期453.1.給504.退505.無 期454.1.給506.退507.無 期455.1.給508.退509.無 期456.1.給510.退511.無 期457.1.給512.退513.無 期458.1.給514.退515.無 期459.1.給516.退517.無 期460.1.給518.退519.無 期461.1.給520.退521.無 期462.1.給522.退523.無 期463.1.給524								

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)

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)

[illegible]

(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 〒		施設機関コード	
令和 年 月 分															保険者番号			
公費負担者番号①															記号・番号			
公費負担者番号②															1. 種別		2. 本人・高年齢者区分	
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者住所															3. 共済区分		4. 家族区分	
氏名															5. 通病期間		6. 家族区分	
住所															7. 年齢		8. 性別	
療養を受けた者の氏名															生年月日		医療の状況	
1男 2女															1月 2日 3曜 4平 5合			
負傷名															負傷年月日		初検年月日	
(1)																	診療開始年月日	
(2)																	診療終了年月日	
(3)																	支払額	
(4)																	請求回数	
(5)																	転入	
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			
初検料															円		初検時相談支援料	
加算(休日・深夜・時間外)															円		再検料	
加算(夜間・難病・暴風雨雪)															円		加算(夜間・難病・暴風雨雪)	
整理料・固定料・室稼料															(1) 円		(2) 円	
部位															透視 %		透視開始日	
(1) 100																	透視終了日	
(2) 100																	透視終了日	
(3) 60																	透視終了日	
(4) 100																	透視終了日	
(5) 60																	透視終了日	
(6) 100																	透視終了日	
概要															合計		円	
一部負担金															円			
請求金額															円			
参画回数等															1回目		2回目	
参加日															日		日	
明細書発行体制加算															加算日		日	
文庫															17番		銀行口座	
支店															17番		支店	
支所															17番		支所	
本店															17番		本店	
支所															17番		支所	
登録証番号																		
上記のとおり施術したことを証明します。															令和 年 月 日			
所在地															住所(上記住所欄と同じ)			
氏名															被保険者氏名			
電話番号															氏名			
柔道整復師氏名															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、代理人の上、印してください。			

[illegible]

(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 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 実日数 継続日数 転 帰
(1)	. . .	. . .	. . . 治療・中止・転
(2)	. . .	. . .	. . . 治療・中止・転医
(3)	. . .	. . .	. . . 治療・中止・転医
(4)	. . .	. . .	. . . 治療・中止・転医
(5)	. . .	. . .	. . . 治療・中止・転医
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			
初検料 円 初検時相談支援料 円 往診料 km 回 金属副子等加算 円 随時情報提供料 円 明細書発行体制加算 計 円			
加算(休日・深夜・時間外) 円 再検料 円 加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円 柔道整復運動後療科 円 計 円			
整復科・固定科・施療科 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円			
部位 達成率 達成開始 後療科 冷電法科 温電法科 電療科 計 多部位 計 長期 頻回 計 円			
(1) 100 % 月 日 円 回 円 回 円 回 円 計 円 多部位 計 長期 頻回 計 円			
(2) 100 % 月 日 円 回 円 回 円 回 円 計 円 多部位 計 長期 頻回 計 円			
(3) 60 % 月 日 円 回 円 回 円 回 円 計 0.6 計 長期 頻回 計 円			
(4) 60 % 月 日 円 回 円 回 円 回 円 計 0.6 計 長期 頻回 計 円			
(5) 100 % 月 日 円 回 円 回 円 回 円 計 計 長期 頻回 計 円			
摘 要			
合 計 円			
※			
金属副子等加算日 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動後療科加算日 日 日 日 日 日 日			
明細書発行体制加算 加算日 日			
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 〒 -	
殿		申請者 (被保険者) 氏名	
電話		電話	
支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別途		預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別途	
金融機関 銀行 金庫 農協		本店 支店 本・支所	
口座番号		口座名称 口座番号	
上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		受取代理人への委任の欄	
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	
登録番号 フリガナ 氏 名		氏 名	
柔道整復師		希望する場合に記入してください。	

備考 この用紙は、入列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)

