

保発 0605 第 9 号
令和 8 年 6 月 5 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）

「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

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については、「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」（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号厚生労働省保険局長通知。以下「当該通知」という。）により取り扱われているところであるが、今般、当該通知の一部を下記のとおり改正し、令和 8 年 7 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 の一部を次の表のように改正する。

新	旧
別添 1 受領委任の取扱規程 第1章・第2章 (略) 第3章 保険施術の取扱い (施術の担当方針) 16 施術管理者及び勤務する施術者は、関係法令、「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について」(平成4年5月22日保発第57号、その後の改正を含み、以下「算定基準」という。)及び「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日保医発第1001002号、その後の改正を含み、以下「留意事項」という。)その他の通達等並びに本規程を遵守し、懇切丁寧にはり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧に係る施術(以下「施術」という。)及び療養費の請求に係る事務を行うこと。 この場合、施術は、被保険者又は被扶養者等である患者(以下「患者」という。)の療養上妥当適切なものとする。	別添 1 受領委任の取扱規程 第1章・第2章 (略) 第3章 保険施術の取扱い (施術の担当方針) 16 施術管理者及び勤務する施術者は、関係法令、「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について」(平成4年5月22日保発第57号、その後の改正を含み、以下「算定基準」という。)及び「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日保医発第1001002号、その後の改正を含み、以下「留意事項」という。)その他の通達等並びに本規程を遵守し、懇切丁寧にはり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧に係る施術(以下「施術」という。)及び療養費の請求に係る事務を行うこと。 この場合、施術は、被保険者又は被扶養者等である患者(以下「患者」という。)の療養上妥当適切なものとする。 <u>なお、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等(その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。)</u>に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術

17～19 （略） （領収証及び明細書の交付） 20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払を受けるときは、<u>正当な理由がない限り、領収証及び施術の内容のわかる明細書</u>を無償で交付すること。 21～23 （略） 第4章 療養費の請求 （申請書の作成） 24 （略） （1）申請書の様式は、はり、きゅうの施術に係る療養費について	<u>を受けるように誘引してはならないこと。</u> <u>また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品（いわゆる紹介料その他の経済上の利益）を提供し、患者の紹介を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。</u> <u>さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等を提供し、療養費の請求に必要な留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。</u> 17～19 （略） （領収証及び明細書の交付） 20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払を受けるときは、<u>正当な理由がない限り、領収証を無償で交付するとともに、患者から求められたときは、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した様式第5号による一部負担金明細書（1日分）又は様式第5号の2による一部負担金明細書（1月分）を交付すること。</u> 21～23 （略） 第4章 療養費の請求 （申請書の作成） 24 （略） （1）申請書の様式は、はり、きゅうの施術に係る療養費について
--	--

は様式第5号の1、様式第5号の1の2、様式第5号の3又は様式第5号の3の2、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については様式第5号の2、様式第5号の2の2、様式第5号の4又は様式第5号の4の2とすること。

(2)～(4) (略)

(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めること。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、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、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。

そのうえで、施術者は、20により施術の内容がわかる明細書を交付している場合を除き、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）を、患者又は家族に交付すること。

(6)～(11) (略)

(12) 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。

(申請書の送付)

25 施術管理者は、申請書を保険者等毎に取りまとめ、様式第6号及び様式第7号又はそれに準ずる様式の総括票を記入のうえ、それぞれを添付し、原則として、毎月10日までに、保険者等へ送付すること。ただし、27により国民健康保険等の療養費審査委員会が設置されている場合は、施術管理者単位に保険者等毎に取りまとめ国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」

は様式第6号の1又は様式第6号の1の2、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については様式第6号の2又は様式第6号の2の2とすること。

(2)～(4) (略)

(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めること。併せて、被保険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、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、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。

そのうえで、施術者は、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）又は施術日数や回数、施術内容のわかる様式第5号の2による「一部負担金明細書（1月分）」を、患者又は家族に交付すること（20により、既にすべての施術について明細書を交付している場合を除く。）。

(6)～(11) (略)

(新設)

(申請書の送付)

25 施術管理者は、申請書を保険者等毎に取りまとめ、様式第8号及び様式第9号又はそれに準ずる様式の総括票を記入のうえ、それぞれを添付し、原則として、毎月10日までに、保険者等へ送付すること。ただし、27により国民健康保険等の療養費審査委員会が設置されている場合は、施術管理者単位に保険者等毎に取りまとめ国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」

という。)へ送付すること。 26 (略) 第5章 (略) 第6章 療養費の支払 30～34 (略) 35 保険者等は、請求額に対する支給額の減額又は不支給等がある場合は、様式第<u>8</u>号又はそれに準ずる様式の書類を記入の上、申請書の写しを添えて、施術管理者へ送付すること。 第7章 (略) 第8章 指導・監査 39・40 (略) 41 保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、<u>領収証及び明細書</u>の発行履歴や来院簿その他通院又は訪問若しくは往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。 42・43 (略) 44 (略) (1) (略)	という。)へ送付すること。 26 (略) 第5章 (略) 第6章 療養費の支払 30～34 (略) 35 保険者等は、請求額に対する支給額の減額又は不支給等がある場合は、様式第<u>10</u>号又はそれに準ずる様式の書類を記入の上、申請書の写しを添えて、施術管理者へ送付すること。 第7章 (略) 第8章 指導・監査 39・40 (略) 41 保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、領収証の発行履歴や来院簿その他通院又は訪問若しくは往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。 42・43 (略) 44 (略) (1) (略)
---	--

(2) (1)に該当する患者について、長期・頻回警告通知が到着した月の翌月以降に、更に月 16 回以上の施術が行われた場合には、「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 日付け保医発第 1001002 号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添 1 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書(はり・きゅう用)」又は同別添 2 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書(マッサージ用)」を確認し、併せて施術管理者から提出させた「頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書」(別添 1 (様式第 9 号)又は同(様式第 9 の 2 号))を確認する。

第 9 章・第 10 章 (略)

別添 1 (様式第 1 号～様式第 4 号) (略)

(2) (1)に該当する患者について、長期・頻回警告通知が到着した月の翌月以降に、更に月 16 回以上の施術が行われた場合には、「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 日付け保医発第 1001002 号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添 1 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書(はり・きゅう用)」又は同別添 2 (別紙 5)の「1 年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書(マッサージ用)」を確認し、併せて施術管理者から提出させた「頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書」(別添 1 (様式第 11 号)又は同(様式第 11 の 2 号))を確認する。

第 9 章・第 10 章 (略)

別添 1 (様式第 1 号～様式第 4 号) (略)

2 様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

(削る)

別添 1 (様式第 5 号)

別添 1 (様式第 5 号)

一部負担金明細書
(はり・ぎゅう (1 日分) 用)

様

施 術 内 容 欄	初換料		円
	通所		円
	(1 証号 2 ぎゅう 3 はりぎゅう併用)		
	訪問施術料 1		円
	(1 証号 2 ぎゅう 3 はりぎゅう併用)		
	訪問施術料 2		円
	(1 証号 2 ぎゅう 3 はりぎゅう併用)		
	訪問施術料 3 (3 人～9 人)		円
	(1 証号 2 ぎゅう 3 はりぎゅう併用)		
	訪問施術料 3 (10 人以上)		円
	(1 証号 2 ぎゅう 3 はりぎゅう併用)		
電療料			円
特別地域加算			円
往療料			円
施術報告書交付料			円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

別添1（様式第5号）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（1日分）用）

様

施 術 内 容 欄	通所	円
	訪問施術料1	円
	訪問施術料2	円
	訪問施術料3（3人～9人）	円
	訪問施術料3（10人以上）	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温電法	円
	温電法・電気光線器具	円
	特別地域加算	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	円
	合計	円
一部負担金		円
保険請求額		円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

(削る)

別添 1 (様式第 5 号の 2)

別添 1 (様式第 5 号の 2)

一部負担金明細書
(はり・きゅう (1 か月分) 用)

様

年 月分

施術日数 日

施 術 内 容 欄	初検料	回	円
	通所 (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)	回	円
	訪問施術料 1 (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)	回	円
	訪問施術料 2 (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)	回	円
	訪問施術料 3 (3 人～9 人) (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)	回	円
	訪問施術料 3 (10 人以上) (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)	回	円
	電療料	回	円
	特別地域加算	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
	合計		円
	一部負担金		円
	保険請求額		円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

別添1（様式第5号の2）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（1か月分）用）

様

年 月 分

施術日数 日

施 術 内 容 欄	通所	回	円
	訪問施術料 1	回	円
	訪問施術料 2	回	円
	訪問施術料 3（3人～9人）	回	円
	訪問施術料 3（10人以上）	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温電法	回	円
	温電法・電気光線器具	回	円
	特別地域加算	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
	合計		円
	一部負担金		円
	保険請求額		円

年 月 日

施術所名

住所

氏名

別添 1 (様式第 5 号の 1)

[illegible]

別添1 (様式第6号の1)

[illegible]

別添 1 (様式第 5 号の 1 の 2)

3枚中1枚目 別添1（様式第5号の1の2）									
療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）									
機関コード									
公費負担者番号					特記事項 1 社団 3 後援 2 本外 6 高外一 2 公費 4 大外 6 高外 0 高外7				
公費受給者番号					給付割合 8 9 10				
区市町村番号					種別 08 総合				
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		
		〔 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 〕 ○診断した医師（施設等）に入籍している療養及び障害者の住所と異なる場合に記載				
明・大・昭・平・令 年 月 日 主						

3枚中2枚目		療養を受けた者の氏名 () 年 月 分 姓 氏 名 番 号 () 被保険者資格の記号番号 () 機関コード ()	別添1(様式第5号の1の2)
施 術 内 容	初 療 年 月 日	施 術 期 間	実日数
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 関節症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 慢性炎症性疾患 7. その他 ()	
	初療科 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	円	
	はり・きゅう	施術の種類 通所 円× 回＝ 円 訪問施術科 1 円× 回＝ 円 訪問施術科 2 円× 回＝ 円 訪問施術科 3 (3人～9人) 円× 回＝ 円 在宅科 (加算) 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光温灸器具 円× 回＝ 円 特別地域 (加算) 円× 回＝ 円	請求区分 新規・継続 転院・治療・中止・転送 摘 要
	往 療 科	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		
	一部負担金 (1割・2割・3割)		
請 求 額	円		
施術日 第1回 通所 第2回 在宅 第3回	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		

別添 1 (様式第 6 号の 1 の 2)

3枚中1枚目

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

別添1（様式第6号の1の2）

公費負担者番号										特記事項										給付割合										
										1 社会 3 後身				2 本外 8 高外一		8		9		10										
公費受給者番号														2 公費 4 退職		4 六外 6 底外 0 高外7														
区市町村番号														種類		05 療養														
受給者番号										保険者番号																				
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（ ） 〕														
○療養した場所（入居施設や住所療養等、被保険者の住所と異なる場合に記載）																														
男・大・昭・平・令 年 月 日生																														

3枚中2枚目		病歴を受けた者の氏名 ()		年 月 分		別添1 (様式第6号の1の2)	
		保 険 者 番 号 ()					
		被保険者資格に係る記号番号 ()					
		保険コード ()					

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. 頸椎症候群	
		5. 腰痛症		6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ()	
						継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 送	
初療科 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)				円		摘 要	
はり・きゅう		施術の種類		1術 回		2術 回	
通所		円×		回＝		円	
訪問施術科 1		円×		回＝		円	
訪問施術科 2		円×		回＝		円	
訪問施術科 3 (3人～9人)		円×		回＝		円	
訪問施術科 3 (10人以上)		円×		回＝		円	
電療科 加算/ ①電流計 ②電流治療器 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 前月1日		1		2		3	
施術日 前月2日		4		5		6	
施術日 前月3日		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					

○(療費又は診療報酬) (1. 療費による交通機関を要する月の回数 (2. 療費や診療、検査、調剤料などにより療費による月の回数 (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 (様式第5号の1の2)

保 険 者 番 号 ()
被保険者支給の記号番号 ()
機関コード ()

施設証明欄	上記のとおり施設を行い、その費用を領収しました。		保険所記録区分		1. 療養所所在地 2. 出張専門療養者住所地	
	令和 年 月 日 施設所 所在地 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 (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		金銭機関名 銀行 金庫 農協 郵便局	
	口座番号		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		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	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4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、施設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。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第6号の1の2)

保 険 者 番 号 ()
被保険者支給の記号番号 ()
機関コード ()

施設証明欄	上記のとおり施設を行い、その費用を領収しました。		保険所記録区分		1. 療養所所在地 2. 出張専門療養者住所地	
	令和 年 月 日 施設所 所在地 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 (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		金銭機関名 銀行 金庫 農協 郵便局	
	口座番号		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		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	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4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、施設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5号の2)

[illegible]

別添1 (様式第6号の2)

[illegible]

3枚中2枚目		産業を受けた者の氏名 () 年 月 分 姓 氏 名 番 号 () 健康弱者資格の記号番号 () 健康コード ()	別添1(様式第5号の2の2)																													
施 術 内 容	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～自・令和 年 月 日										日		新 規 ・ 症 続																		
	傷病名及び症状														記 号 症状・治療・中止・転送																	
	マッサージ(施術科)		両肩部位 施術回数	(左腕) 回	(右腕) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要 摘 要																							
	通所		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 1		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 2		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 3 (3人～9人)		円×		回＝		円																									
	温 熱 法 (加 算)		円×		回＝		円																									
	温熱法・電気光線器具 (加 算)		円×		回＝		円																									
	変形徒手矯正術 (加算) ※温熱法との併用は不可		両肩部位 施術回数	(右腕) 回	(左腕) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																									
	特 別 地 域 (加 算)		円×		回＝		円																									
	住 療 科		円×		回＝		円																									
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分)		円×		回＝		円																									
	明 細 書 送 行 加 算		円×		回＝		円																									
合 計																																
一部負担金 (1割・2割・3割)																																
請 求 額																																
支払日 前月1日 前月2日 前月3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
月																																

○左肩又は右腕の他(1、患部によるのみ又は両側面を併っての両肩両腕) 2、両腕両下肢、両肩、両膝両肘などにより患部による両肩両腕 3、その他()

3枚中2枚目		職業を受けた者の氏名 ()		年 月 分		別添1 (様式第6号の2の2)																									
係 数 番 号 ()		職業番号表に属する記号番号 ()																													
職業コード ()																															
施 術 内 容 欄	初 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 ・ 従 続																							
	通病及び症状							転 送																							
								継続・加算・中止・転送																							
	マッサージ (施術料)		回数を単位 施術回数	(加算) 回	(左上取) 回	(右上取) 回	(左下取) 回	摘 要																							
	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																								
	通電 法 (加 算)		円× 回＝				円																								
	通電 法・電気光線器具 (加 算)		円× 回＝				円																								
	波形電手矯正 (加算) ※通電法との併用は不可		回数を単位 施術回数	(左上取) 回	(左上取) 回	(右下取) 回	(左下取) 回																								
	特 別 地 域 (加 算)		円× 回＝				円																								
	往 来 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	施術1回	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
初回日	初回日	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
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	
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	

○加算又は加算の除外 (1. 加算による共同加算期間を定めての外出加算 2. 加算加算加算、内服、薬物療法などにより加算による内服加算 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 (様式第5号の2の2)
保 険 者 番 号 ()
療養終了資格の記号番号 ()
機関コード ()

施 病 院 明 細	上記のとおり施病を行い、その費用を徴収しました。		医療所収部分		1. 施病所所在地 2. 出張専門施病者住所地			
	〒 ー							
令和 年 月 日	施病所		所在地					
	延病記号番号		名 称					
		施病管理者		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。		〒 ー					
	令和 年 月 日							
支 払 場 所 欄	支払区分		現金の種類		金融機関名		銀行	本店
	1. 原 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. 別取		金庫 農協		支店	出張所
(1) 原 込 送 金 (2) 銀行 送 金 (3) 郵便 局 送 金 (4) 当 地 払		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		備 考 欄	
					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 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、受領委任の取扱期限（平成30年6月12日農第0612第3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、施設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。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第6号の2の2)
保 険 者 番 号 ()
療養終了資格に係る記号番号 ()
機関コード ()

施 病 院 明 細	上記のとおり施病を行い、その費用を徴収しました。		医療所収部分		1. 施病所所在地 2. 出張専門施病者住所地			
	〒 ー							
令和 年 月 日	施病所		所在地					
	延病記号番号		名 称					
		施病管理者		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。		〒 ー					
	令和 年 月 日							
支 払 場 所 欄	支払区分		現金の種類		金融機関名		銀行	本店
	1. 原 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. 別取		金庫 農協		支店	出張所
(1) 原 込 送 金 (2) 銀行 送 金 (3) 郵便 局 送 金 (4) 当 地 払		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		備 考 欄	
					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 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、受領委任の取扱期限（平成30年6月12日農第0612第3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、施設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5号の3)

(新設)

[illegible]

※ この給付金の受領の代理人への受領は、受領受領の期限満了（平成20年6月12日午後02時20分）に限り行われるものです。
※ 給付金に関する受領を代理人に受領する（申請者本人以外の口頭に変更を希望される）場合に署名してください。
※ ただし、当選者より無断で受領された場合や当選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、無断受領者名が記録され、当選者から再確認を受けることになります。

3枚中3枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の3の2)
保 険 者 番 号 ()
被保険者資格の記号番号 ()
機関コード ()

施 病 証 明 書	上記のとおり施術を行い、その費用を額取しました。		保険所登録区分		1. 療病所所在地 2. 出張専門療病所住所	
	令和 年 月 日	施術所	所在地			
申 請 書	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			
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 1. 普通 2. 当座		金庫		本店	
	3. 郵便局送金 4. 当地払 3. 通知 4. 別段		農協		支店	
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
					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	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9月12日保第012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へ振込を希望される）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、施設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 5 号の 4)

(新設)

[illegible]

※ 二重組合の申請は元本人への交付は、申請者の任意で可（平成30年10月20日第00272号通達）に準じられるものです。

別添 1 (様式第 5 号の 4 の 2)

3枚中1枚目

別添1（様式第5号の4の2）

療養費支給申請書(年 月分) (あんま・マッサージ用)

保険コード																	
公費負担者番号										特記事項		1 社団 3 他高 2 公費		2 本外 ③ 高外一 4 六外 ④ 高外7 6 家外		給付割合	
公費受給者番号																8 9 10	
区市町村番号										種類 04 〒							
受給者番号										保険者番号							

被保険者欄	○該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			
	療養を受ける者の氏名	(方印)	異文	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() }				
		明・大・昭・平・令 年 月 日生		○施設した場所（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）		

(新設)

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 ()

別添1（様式第5号の4の2）

保 険 者 番 号 (	)
被保険者資格の記号番号 (	)
欄間コード (	)

[illegible]

3枚中3枚目 事業を受けた者の氏名 () 年 月分 別添1 (様式第5号の4の2)
在 続 番 号 ()
継続番号資格の記号番号 ()
続番コード ()

施 済 証 明 書	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		医療関係区分 〒 ー		1. 施所所在地 2. 出稼専門施所等所在地	
	令和 年 月 日	施所所在地	所在地	〒 ー	施所管理番号	電話番号
申 請 書	上記の保険に要した費用に関して、保険費の支給を申請します。		〒 ー			
	令和 年 月 日	申請者 (添付写真)	住所	氏名	電話番号	
支 払 内 容	支払区分		現金の種類		金額欄開示	
	1. 療 養 費 2. 療 行 費 3. 通 知 4. 別 取		1. 普通 2. 自費 3. 通知 4. 別取		療行 金庫 出稼所	
	1. 療 養 費 2. 療 行 費 3. 通 知 4. 別 取		口座番号		郵便番号	
同 意 証 明	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
					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	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、受領委任の取替期限（平成30年5月12日発表第12第1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、施設管理
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）

別添 1（様式第 6 号）

令和 年 月分
療養費支給申請総括票（Ⅰ）

（請求者）登録記号番号 — —
施 術 管 理 者
施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						

（通信欄）

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

別添 1（様式第 8 号）

別添 1（様式第 8 号）

令和 年 月分
療養費支給申請総括票（Ⅰ）

（請求者）登録記号番号 — —
施 術 管 理 者
施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						

（通信欄）

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

別添 1 (様式第 7 号)

別添 1 (様式第 7 号)

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (Ⅱ)

保険者名: 殿

(請求者) 登録記号番号 — —
施 術 管 理 者
施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおりに請求します。

区 分	件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人	件 円	円	円
	家 族			
※ 決 定	本 人			
	家 族			
※ 返 戻	事 前 分	本人		
		家族		
	保 険 者	本人		
		家族		
※ 誤 算	本人			
	家族			
※ 増 減	本人			
	家族			

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

別添 1 (様式第 9 号)

別添 1 (様式第 9 号)

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (Ⅱ)

保険者名: 殿

(請求者) 登録記号番号 — —
施 術 管 理 者
施 術 所 名

療養費について、別添の支給申請書のとおりに請求します。

区 分	件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本 人	件 円	円	円
	家 族			
※ 決 定	本 人			
	家 族			
※ 返 戻	事 前 分	本人		
		家族		
	保 険 者	本人		
		家族		
※ 誤 算	本人			
	家族			
※ 増 減	本人			
	家族			

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

別添 1 (様式第 8 号)

別添 1 (様式第 8 号)

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者： 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

令和 年 月 日

保険者名：

所在地：

氏 名 (受療者)	記号 番号	区 分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理 由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)

別添 1 (様式第 10 号)

別添 1 (様式第 10 号)

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者： 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

令和 年 月 日

保険者名：

所在地：

氏 名 (受療者)	記号 番号	区 分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理 由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)

別添 1 (様式第 9 号)

別添 1 (様式第 9 号)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (はり・きゅう用)		
患 者	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
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 ()	
施 術 の 種 類	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	
初 療 年 月 日	平・令 年 月 日	
施 術 回 数	回 (当該月の施術回数を記載)	

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月18回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること) 及び (上記に対する施術師の所見を記載すること) については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添 1 (様式第 11 号)

別添 1 (様式第 11 号)

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書 (はり・きゅう用)		
患 者	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
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 ()	
施 術 の 種 類	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	
初 療 年 月 日	平・令 年 月 日	
施 術 回 数	回 (当該月の施術回数を記載)	

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

(患者の症状、経過を時系列で記載すること)

(上記に対する施術師の所見を記載すること)

(2年以上経過してもなお月18回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)

【裏面へ続く】

※ (患者の症状、経過を時系列で記載すること) 及び (上記に対する施術師の所見を記載すること) については、施術録の(写)添付でも差し支えない。

別添1（様式第9号の2）

別添1（様式第9号の2）

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書（マッサージ用）

患 者	氏 名					
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
傷 病 名						
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他（ ）					
施 術 の 種 類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術					
施 術 部 位	1. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢					
初 療 年 月 日	平・令 年 月 日					
施 術 回 数	回（当該月の施術回数を記載）					

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

（患者の症状、経過を時系列で記載すること）

（上記に対する施術師の所見を記載すること）

（2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること）

【裏面へ続く】

※（患者の症状、経過を時系列で記載すること）及び（上記に対する施術師の所見を記載すること）については、施術録の（写）添付でも差し支えない。

別添1（様式第11号の2）

別添1（様式第11号の2）

頻回な施術を必要とした詳細な理由及び今後の施術計画書（マッサージ用）

患 者	氏 名					
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
傷 病 名						
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他（ ）					
施 術 の 種 類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術					
施 術 部 位	1. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢					
初 療 年 月 日	平・令 年 月 日					
施 術 回 数	回（当該月の施術回数を記載）					

1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について

（患者の症状、経過を時系列で記載すること）

（上記に対する施術師の所見を記載すること）

（2年以上経過してもなお月10回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること）

【裏面へ続く】

※（患者の症状、経過を時系列で記載すること）及び（上記に対する施術師の所見を記載すること）については、施術録の（写）添付でも差し支えない。

別添 2 (略)

別添 2 (略)