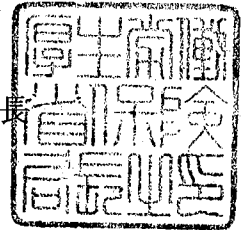


保 発 1 1 2 9 第 3 号
平成 2 2 年 1 1 月 2 9 日

都 道 府 県 知 事 }
地方厚生（支）局長 } 殿

厚生労働省保険局長



「柔道整復師の施術に係る療養費について（通知）」の一部改正について

標記については、平成 2 2 年 5 月 2 4 日付保発 0524 第 2 号通知により実施しているところであるが、別添 1 別紙及び別添 2 のそれぞれの第 4 章 2 3（6）の改定が平成 2 3 年 1 月 1 日の施術分から実施されることに伴い、別添 1 別紙及び別添 2 の柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）の様式第 5 号を下記のとおり改めた。

平成 2 3 年 1 月 1 日以降の申請書は、審査の効率化及び適正支給の迅速化等に資するため、当該様式により扱うこととしたので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、その実施に遺漏のないよう御配慮願いたい。

記

別添 1 別紙第 4 章 2 3（1）及び別添 2 第 4 章 2 3（1）中「又はそれに準ずる様式」を削り、別添 1 別紙の申請書の様式第 5 号及び別添 2 の申請書の様式第 5 号を次のとおり改める。

なお、平成 2 3 年 6 月 3 0 日までの間、従来の様式を取り繕って使用できることとする。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 日

都道府県番号	01	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単併区分	1.単独 2.2併 3.3併
		本人区分	2.本人 4.六歳 6.家族
		高年齢	8.高一 0.高7
		給付割合	10・9 8・7

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

被保険者氏名	氏名	住所
世帯主・組合員の受給者	住所	

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男 1明2大		
2女 3昭4平	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	転帰
(1)						治癒・中止・転医
(2)						治癒・中止・転医
(3)						治癒・中止・転医
(4)						治癒・中止・転医
(5)						治癒・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	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円	
整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円

部位	通減%	通減開始月日	後療料 円	冷電法料 円	温電法料 円	電療料 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	—						—	—
(2)	100	—						—	—
(3)	70	—						0.7	
(4)	70	—						0.7	

摘要	合計	円
	一部負担金	円
	請求金額	円
	※	円

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	口座名称	
2:銀行送金	2:当座	金庫	口座番号	
3:当地払	3:通知	農協		
4:別段	4:別段			

上記のとおり施術したことを証明します。	平成 年 月 日	所在地	住所(上記住所欄と同じ)
施術所名称		電話	被保険者
柔道整復師氏名			世帯主
			組合員
			受給者
			氏名

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。 (※は保険者使用欄)

新旧対照表

新

旧

<p>別添1別紙</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求 (申請書の作成)</p> <p>23 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道整復 施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に 努めること。 (1) 申請書の様式は、様式第5号とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～44 略</p> <p>別添2</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求 (申請書の作成)</p> <p>23 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により 柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。 (1) 申請書の様式は、様式第5号とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～42 略</p>	<p>別添1別紙</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求 (申請書の作成)</p> <p>23 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道整復 施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に 努めること。 (1) 申請書の様式は、様式第5号又はそれに準ずる様式とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～44 略</p> <p>別添2</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求 (申請書の作成)</p> <p>23 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により 柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。 (1) 申請書の様式は、様式第5号又はそれに準ずる様式とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～42 略</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(参考)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

01~47

都道府県番 01	施術機関コード
保険者番号	国保使用欄 (コードが整備された場合に使用)
記号・番号	
1.協 2.組 3.共	1.単独 2.本人 3.高1
4.国 5.後期	6.家族 7.高7
8.高10 9.給付割合	10.9
1.単独 2.2併 3.3併	4.六歳 5.6.家族
6.後期	7.高7
8.高10 9.給付割合	10.9

公費負担者番号 ①	公費負担医療の受給者番号①	1.協 2.組 3.共	1.単独 2.本人 3.高1
公費負担者番号 ②	公費負担医療の受給者番号②	4.国 5.後期	6.家族 7.高7

被保険者 氏名	世帯主・組合員の 氏名	住所	住所
受給者	住所	住所	住所

共済組合の場合に使用

診療報酬明細書(レセプト) 様式に各消費して変更

国保使用欄

療養を受けた者の氏名	生年	日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為等の原因による	年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転
1男 1明2大			負傷の原因が書きやすいよう、従来より大きいスペースを確保					
2女 3昭4平								

このスペースは、各都道府県の公費医療助成用(市町村・受給者番号等)欄に使用。

経過	請求区分
(1) (2) (3) (4) (5)	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	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	施術情報提供料 円	計 円		円

整復料・固定料・施療料	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	計
部位 通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回	冷電法料 円 回	温電法料 円 回	電療料 円 回	計 円

(1) 100									
(2) 100									
(3) 70							0.7		
(4) 70							0.7		

改定毎に様式の変更が伴わないよう金額を削除

(4)算定欄は、(1)~(3)病が治癒した場合の繰り上がり算定の場合使用

概要	合計 円
	一部負担金 円
	請求金額 円
	※ 保険者使用欄 円

療養費の受領を再委任する場合は 施術証明欄のスペースに例示に準じて記載

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払	預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	金融機関 銀行 金庫 農協	本店 支店 本・支所	刀がナ 口座 名称 口座 番号	登録記号番号 登録記号番号がわかりやすいよう別枠を設置
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	-----------------------------	--------------------------------

平成 年 月 日	所在地	施術所名称	電話	柔道 フリガナ	整復師氏名
上記の通り施術したことを証明します。 また、療養費の受領を ○○○○○○ ○○○○会長(○○市○○町○○番 ○○号)に委任します。					
(注)任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記入					

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。

平成 年 月 日

住所(上記住所欄と同じ)

被保険者
世帯主
組合員
受給者

氏名

高齢者の使用に配慮し、氏名スペースを大きく確保。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

変更不可