

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						〒 ー										
	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 〒 ー 申請者 住所 殿 (被保険者) 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 金庫 支店 農協 出張所				
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金		1. 普 通 2. 当座		3. 通知 4. 別段												
	3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払																
	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			要加療期間		
								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。

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	（軀幹）	（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。 令和 年 月 日				保健所登録区分 〒 ー	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地			
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師				住 所				
	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				〒 ー				
	申請者 (被保険者) 殿				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		金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 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

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。