

保 発 1203 第 2 号
令和 7 年 12 月 3 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、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管理者に配慮するため、当該通知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3章 (略) 第4章 療養費の請求 (申請書の作成) 24 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、はり、きゅうの施術に係る療養費については<u>様式第6号の1又は様式第6号の1の2</u>、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については<u>様式第6号の2又は様式第6号の2の2</u>とすること。 (2)～(11) (略) 25・26 (略) 第5章～第10章 (略)	別添 1 受領委任の取扱規程 第1章～第3章 (略) 第4章 療養費の請求 (申請書の作成) 24 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、はり、きゅうの施術に係る療養費については<u>様式第6号</u>、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費については<u>様式第6号の2</u>とすること。 (2)～(11) (略) 25・26 (略) 第5章～第10章 (略)

- 2 別添1の様式第6号を次のように改める。
なお、当面の間、従来の様式を使用することとする。

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 国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合		
公 費 受 給 者 番 号											2 公費	4 退職	4 六外	6 家外	0 高外7	8	9
区 市 町 村 番 号										種類	05 鍼灸						
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 ())	
明・大・昭・平・令 年 月 日生			○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)			

[illegible]

○往來又は訪問の理由（ 1. 徒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徒歩による外出困難 3. その他（ ） ）

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	施術所	〒 -		
	登録記号番号		所在地		
		施術管理者	名 称		
			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		
	□ 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		

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6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、施術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 別添1の様式第6号の1の次に次の様式を加え様式第6号の1の2とする。

3 枚中 1 枚目

別添 1（様式第 6 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 社国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合			
公 費 受 給 者 番 号												2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	6 家外	8	9
区 市 町 村 番 号											種類	05 鍼灸						
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		
					(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 (様式第 6 号の 1 の 2)

保 險 者 番 号 (

被保険者資格に係る記号番号 (

機関コード (

施
術
内
容
欄

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 施術所 所在地				〒 —								
	登録記号番号				名称								
				施術管理者		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				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		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				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6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、施術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。

4 別添1の様式第6号の2の次に次の様式を加え様式第6号の2の2とする。

3 枚中 1 枚目

別添 1（様式第 6 号の 2 の 2）

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号									特記事項		1 社国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合			
公 費 受 給 者 番 号												2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	6 家外	8	9
区 市 町 村 番 号											種類	04 マ						
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		
					(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																		
一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)														円																			
請 求 額														円																			
施術日	訪問 1 ㊟	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 2 ㊞																																
往療	訪問 3 ㊟																																
〇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 (様式第6号の2の2)

保険者番号

(

)

被保険者資格に係る記号番号

(

)

機関コード

(

)

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				〒		―						
	登録記号番号				所在地		名 称						
	_____				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				住所		申請者 (被保険者)						
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		銀行 本店						
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払				3. 通知 4. 別段		金庫 支店						
							農協 出張所						
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

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6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、施術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。