

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できることとする。

## 「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
<p>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>26 (略)</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><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></p> <p>27・28 (略)</p> <p>第 5 章～第 8 章 (略)</p> <p>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)</p> <p>46 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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、<u>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。</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p><u>①～③ (略)</u></p> <p><u>④ 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></p>	<p>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>26 (略)</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>27・28 (略)</p> <p>第 5 章～第 8 章 (略)</p> <p>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)</p> <p>46 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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。</p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>③～⑤ (略)</u></p> <p>(新設)</p>

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、文書だけによらず、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によらず、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、文書だけによらず、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によらず、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)

(様式第5号)  
柔道整復施術療養費支給申請書  
令和 年 月 分

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	種別	1.施設	2.親	3.共	4.退	5.他	6.無	相付割合	1.単級	2.2併	3.3併	4.六歳	5.高1	6.高7	7.高8	8.高9	9.高10	10.9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	種別	1.施設	2.親	3.共	4.退	5.他	6.無	相付割合	1.単級	2.2併	3.3併	4.六歳	5.高1	6.高7	7.高8	8.高9	9.高10	10.9

被保険者 氏名 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

負傷名	負傷年月日	初診年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	種別	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

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																														
加算(休日・深夜・時間外)	円																														
再検料	円																														
加算(夜間・難路・暴風雨等)	円																														
柔道整復運動後療料	円																														
整復料・固定料・療料	円	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																		

部位

部位	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
差減率	%																														
差減開始日	月 日																														
後療料	円																														
冷電法料	円																														
温電法料	円																														
電療料	円																														
計	円																														
多額分	計	円																													
長期	計	円																													
回数	計	円																													

請求金額

合計	円
一部負担金	円
請求金額	円

金属副子等 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動 後療料加算日

支払方法 1:普通 2:当座 3:通知 4:別送

銀行 金庫 農協 本店 支店 本・支所

口座名称 口座番号

登録記号番号

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 〒

施術所名称 電話

柔道整復師 氏名

受取代理人への委任の欄

令和 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

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、捺印してください。

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  
令和 年 月 分

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	種別	1.施設	2.親	3.共	4.退	5.他	6.無	相付割合	1.単級	2.2併	3.3併	4.六歳	5.高1	6.高7	7.高8	8.高9	9.高10	10.9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	種別	1.施設	2.親	3.共	4.退	5.他	6.無	相付割合	1.単級	2.2併	3.3併	4.六歳	5.高1	6.高7	7.高8	8.高9	9.高10	10.9

被保険者 氏名 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

負傷名	負傷年月日	初診年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	種別	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

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																														
加算(休日・深夜・時間外)	円																														
再検料	円																														
加算(夜間・難路・暴風雨等)	円																														
柔道整復運動後療料	円																														
整復料・固定料・療料	円	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																		

部位

部位	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	
差減率	%																															
差減開始日	月 日																															
後療料	円																															
冷電法料	円																															
温電法料	円																															
電療料	円																															
計	円																															
多額分	計	円																														
長期	計	円																														
回数	計	円																														

請求金額

合計	円
一部負担金	円
請求金額	円

金属副子等 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動 後療料加算日

支払方法 1:普通 2:当座 3:通知 4:別送

銀行 金庫 農協 本店 支店 本・支所

口座名称 口座番号

登録記号番号

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 〒

施術所名称 電話

柔道整復師 氏名

受取代理人への委任の欄

令和 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

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、捺印してください。

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		傷病の原因																								
1男 2女		1男 2大 3昭 4平 5令 年 月 日		年 月 日																										
施 術	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	患口数	患口別数	転 帰																						
	(1)	・	・	・	・			治療・中止・転医																						
	(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																												
の	初検料	円	初検時相談 支援料	円	往療料	km	円	金属副子等 加算	回	施術情報 提供料	円	明細書発行 加算	円	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 運動後療料	円	円	円	円	円	円	円	円															
	整復料・固定料・患療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円	円	円	円	円	円	円	円															
内	部位	連続開始 月 日	後療料	円	回	円	冷電法料	円	回	円	温電法料	円	回	円	電療料	円	回	円	計	円	多回分	計	円	長期	回数	計	円			
	(1)	100	---																											
	(2)	80	---																											
容	(3)	60	---																											
	(4)	100	---																											
	60	---																												
欄	概要																								合 計	円				
	※																								円					
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) 氏名		電話		申請者 (被保険者) 氏名		電話																		
支払 欄		支払区分	預金の振替	金融機関	銀行	本店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店		
施 術 明 欄		上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		令和 年 月 日	所在地 〒		施術所 名称		電話		受取 代理人 への 委任 の 欄		令和 年 月 日		申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。		本申請書に基づき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		代理人 住所 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。	

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		傷病の原因																								
1男 2女		1男 2大 3昭 4平 5令 年 月 日		年 月 日																										
施 術	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	患口数	患口別数	転 帰																						
	(1)	・	・	・	・			治療・中止・転医																						
	(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																												
の	初検料	円	初検時相談 支援料	円	往療料	km	円	金属副子等 加算	回	施術情報 提供料	円	明細書発行 加算	円	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 運動後療料	円	円	円	円	円	円	円	円															
	整復料・固定料・患療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円	円	円	円	円	円	円	円															
内	部位	連続開始 月 日	後療料	円	回	円	冷電法料	円	回	円	温電法料	円	回	円	電療料	円	回	円	計	円	多回分	計	円	長期	回数	計	円			
	(1)	100	---																											
	(2)	100	---																											
容	(3)	60	---																											
	(4)	100	---																											
	60	---																												
欄	概要																								合 計	円				
	※																								円					
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) 氏名		電話		申請者 (被保険者) 氏名		電話																		
支払 欄		支払区分	預金の振替	金融機関	銀行	本店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店	支店		
施 術 明 欄		上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		令和 年 月 日	所在地 〒		施術所 名称		電話		受取 代理人 への 委任 の 欄		令和 年 月 日		申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。		本申請書に基づき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		代理人 住所 氏名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。	

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 長期間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 長期間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)

○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	改正前
受領委任の取扱規程	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	第4章 療養費の請求
(申請書の作成)	(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	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)	(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、償還払い注意喚起通知を送付</u>

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

- 〇 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

- 〇 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

- 〇 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

- 〇 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)

