

保医発 0527 第 2 号
令和 4 年 5 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長
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

殿

厚生労働省保険局医療課長
(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の算定基準」の一部改正について（令和 4 年 5 月 27 日付け保発 0527 第 3 号）が通知され、明細書発行体制加算が創設された。また、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和 3 年法律第 66 号）の施行に伴い、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号）の一部が改正され、一定以上の所得を有する被保険者について窓口負担割合が 2 割とされることについて、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）」（令和 3 年 6 月 11 日付け社援発 0611 第 8 号、保発 0611 第 5 号、年発 0611 第 1 号）及び「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政省令の公布について（通知）」（令和 4 年 1 月 4 日付け保発 0104 第 1 号）をもって通知されたところである。これらに伴う柔道整復施術療養費支給申請書の取扱いについて、「柔道整復師の施術に係る療養費について」（平成 11 年 10 月 20 日付け保険発第 138 号厚生省保険局医療課長通知）の一部を別紙のとおり改正し、令和 4 年 10 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。

ただし、改正前の別紙別添の様式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。

○別紙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>柔道整復施術療養費支給申請書の記載要領（参考例）</p> <p>第1（略）</p> <p>第2 記載上の留意事項</p> <p>1 保険者番号等の欄</p> <p>(1)～(5)（略）</p> <p>(6) 「本家区分」欄について 該当する区分のうちいずれか1つを○で囲むこと。 なお、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。 ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))はいずれか一方を○で囲むこと。</p> <p>2. 本人・・・本人</p> <p>4. 六歳・・・未就学者</p> <p>6. 家族・・・家族</p> <p>8. 高一・・・高齢受給者・後期高齢者医療一般、低所得者</p> <p>0. 高7・・・高齢受給者・後期高齢者医療7割給付</p> <p><u>(注) 後期高齢者医療一般のうち、1割負担の者と、2割負担の者の判別については、「給付割合」欄により行うため、特段の記載は必要ない。</u></p>	<p>別紙</p> <p>柔道整復施術療養費支給申請書の記載要領（参考例）</p> <p>第1（略）</p> <p>第2 記載上の留意事項</p> <p>1 保険者番号等の欄</p> <p>(1)～(5)（略）</p> <p>(6) 「本家区分」欄について 該当する区分のうちいずれか1つを○で囲むこと。 なお、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。 ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))はいずれか一方を○で囲むこと。</p> <p>2. 本人・・・本人</p> <p>4. 六歳・・・未就学者</p> <p>6. 家族・・・家族</p> <p>8. 高一・・・高齢受給者・後期高齢者医療一般、低所得者</p> <p>0. 高7・・・高齢受給者・後期高齢者医療7割給付</p>

- (7) 「給付割合」欄について
国民健康保険、後期高齢者医療及び退職者医療の場合、該当する
給付割合を○で囲むこと。
(8)～(10) (略)

2 施術の内容欄

- (1)～(18) (略)
(19) 「明細書発行体制加算」欄には、金額を記載すること。
また、「摘要」欄に明細書発行体制加算の算定となる日を記載する
こと。
(20) 「整復料・固定料・施療料」欄、「逡減開始月日」欄、「後療料」
欄、「冷罨法料」欄、「温罨法料」欄、「電療料」欄、左側の「計」
欄、中央の「計」欄、「長期」欄及び右側の「計」欄について
(略)
(21) 「摘要」欄について
(略)
(22) 「一部負担金」欄について
(略)
(23) その他
(略)

3～6 (略)

- (7) 「給付割合」欄について
国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲
むこと。
(8)～(10) (略)

2 施術の内容欄

- (1)～(18) (略)
(新設)
(19) 「整復料・固定料・施療料」欄、「逡減開始月日」欄、「後療料」
欄、「冷罨法料」欄、「温罨法料」欄、「電療料」欄、左側の「計」
欄、中央の「計」欄、「長期」欄及び右側の「計」欄について
(略)
(20) 「摘要」欄について
(略)
(21) 「一部負担金」欄について
(略)
(22) その他
(略)

3～6 (略)

(別添)

(様式第 5号)
柔道 整備 施術 療養費 支給 申請書
令和 年 月 日

公費負担者番号 ① 公費負担者番号 ②	公費負担医療の受給者番号① 公費負担医療の受給者番号②	保険種別 1.低 4.国 2.組 5.退 3.共 6.退 8.退	1.単独 2.2併 3.併 4.併	2.本人 3.家族 4.六歳 5.六歳	8.高一 9.高二 0.高7	10.9 8.7
------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

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

療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	性別	年齢	傷の原因
1 男		明 2 大 3 略 4 平 5 令			
2 女		年 月 日			

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	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

初検料	初検時相談 受診料	往療料 km	金庫副子等 加算	施術情報 提供料	明確書発行 体制加算	計	円
円	円	円	円	円	円	円	円

加算(休日・深夜・時間外)	再検料	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	柔道整備 運動後療料	計	円
円	円	円	円	円	円

整復料・固定料・施術料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	経過	通病開始	後療料	計	円	円	円	円	円	円	円	円	円
[1] 100													
[2] 100													
[3] 80													
[3] 100													
[4] 80													
[4] 100													

合 計 _____ 円
一部負担金 _____ 円
請求金額 _____ 円

金庫副子等 加算日	1回目 日 日 日	2回目 日 日 日	3回目 日 日 日	柔道整備運動 後療料加算日	日 日 日 日 日 日
--------------	--------------	--------------	--------------	------------------	-------------

明細書発行体制加算 加算日 _____ 円

支払口座
1:普通
2:当座
3:通知
4:留保

金庫副子等
1:普通
2:当座
3:通知
4:留保

銀行 本店
支店 _____
名座 _____
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 _____
明 柔道 フリガナ _____
職 整復師 氏名 _____

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。
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、患者が記入して下さい。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、捺印して下さい。

(※は保険者使用欄)

(別添)

(様式第 5号)
柔道 整備 施術 療養費 支給 申請書
令和 年 月 日

公費負担者番号 ① 公費負担者番号 ②	公費負担医療の受給者番号① 公費負担医療の受給者番号②	保険種別 1.低 4.国 2.組 5.退 3.共 6.退 8.退	1.単独 2.2併 3.併 4.併	2.本人 3.家族 4.六歳 5.六歳	8.高一 9.高二 0.高7	10.9 8.7
------------------------------	--------------------------------	---	----------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

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

療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	性別	年齢	傷の原因
1 男		明 2 大 3 略 4 平 5 令			
2 女		年 月 日			

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	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

初検料	初検時相談 受診料	往療料 km	金庫副子等 加算	施術情報 提供料	明確書発行 体制加算	計	円
円	円	円	円	円	円	円	円

加算(休日・深夜・時間外)	再検料	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	柔道整備 運動後療料	計	円
円	円	円	円	円	円

整復料・固定料・施術料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	経過	通病開始	後療料	計	円	円	円	円	円	円	円	円
[1] 100												
[2] 100												
[3] 80												
[3] 100												
[4] 80												
[4] 100												

合 計 _____ 円
一部負担金 _____ 円
請求金額 _____ 円

金庫副子等 加算日	1回目 日 日 日	2回目 日 日 日	3回目 日 日 日	柔道整備運動 後療料加算日	日 日 日 日 日 日
--------------	--------------	--------------	--------------	------------------	-------------

明細書発行体制加算 加算日 _____ 円

支払口座
1:普通
2:当座
3:通知
4:留保

金庫副子等
1:普通
2:当座
3:通知
4:留保

銀行 本店
支店 _____
名座 _____
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 _____
明 柔道 フリガナ _____
職 整復師 氏名 _____

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。
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、患者が記入して下さい。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、捺印して下さい。

(※は保険者使用欄)