

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

令和2年7月17日に閣議決定された「規制改革実施計画」において、原則として法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているものについて、恒久的な制度対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正を行うこととされている。

このことを踏まえ、「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日付け保発0612第2号厚生労働省保険局長通知）について、その一部を下記のとおり改正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。

改正後	改正前
<p>別添 1</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</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合には、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。</p> <p>(1) ～(3) (略)</p> <p>(4) <u>申請書の申請欄の申請者は、療養費の請求権者（以下「被保険者等」という。）に係る住所、氏名、申請年月日を記入するものであり、被保険者等又は被保険者等から許可を受けた患者（以下、本規定において「患者」という。）より記入を受けること。</u>ただし、当該各事項について、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、<u>施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。</u></p> <p>(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、<u>施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで申請書の代理人欄の申請者欄に署名を求めること。併せて、被保</u></p>	<p>別添 1</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</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>24 施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合には、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。</p> <p>(1) ～(3) (略)</p> <p>(4) <u>申請書の申請欄及び代理人の欄の申請者は、療養費の請求権者（以下「被保険者等」という。）に係る住所、氏名、申請又は委任年月日を記入するものであり、被保険者等又は被保険者等から許可を受けた患者（以下、本規定において「患者」という。）より記入及び押印を受けること（記名押印は患者の署名でも差し支えない。）。</u>ただし、当該各事項について、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、<u>施術者が代理記入し当該患者から押印を受けること。</u></p> <p>(5) 施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、<u>施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで署名又は押印を求めること。</u></p>

険者等に係る住所、委任年月日について患者より記入を受けること。ただし、当該各事項について、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、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けること。

そのうえで、施術者は、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）又は施術日数や回数、施術内容のわかる様式第5号の2による「一部負担金明細書（1月分）」を、患者又は家族に交付すること（20により、既にすべての施術について明細書を交付している場合を除く。）。

(6)～(11) (略)

25～26 (略)

第5章～第9章 (略)

そのうえで、施術者は、毎月、申請書の写し（添付書類は除く。）又は施術日数や回数、施術内容のわかる様式第5号の2による「一部負担金明細書（1月分）」を、患者又は家族に交付すること（20により、既にすべての施術について明細書を交付している場合を除く。）。

(6)～(11) (略)

25～26 (略)

第5章～第9章 (略)

2 別添1の様式第1号、様式第1号の2、様式第1号の3、様式第2号、様式第2号の2、様式第4号、様式第6号及び様式第6号の2の各様式を次のように改める（行政庁への申請に対する押印の廃止等に伴うもの）。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

確 約 書

〇〇 (はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの) の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、受領委任の取扱規程 (平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。) を遵守することを確約します。

令和 年 月 日

〇 〇 厚 生 ( 支 ) 局 長  
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事  
〇 〇 〇 〇

氏 名

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所 _____	

〔 この確約書は、地方厚生(支)局 (地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所) へ提出してください。 〕



## 施術管理者選任等証明

令和〇年〇月〇日に、〇〇（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た〇〇〇〇は、開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担し、令和〇年〇月〇日に申出された施術所が、同規程に基づく受領委任の契約の当事者として第 2 章 8 及び 9 その他の本規程に定める施術所としての義務及び責任を負担することを確認しました。

令和 年 月 日

〇 〇 厚 生 ( 支 ) 局 長  
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事  
〇 〇 〇 〇

開設者（法人等名・代表者の役職・氏名）

法人等の所在地 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所 _____	

この書類は、開設者（法人等）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者（法人等の代表者）が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

## 療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

療養費の種類		はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
施術管理者  (他の施術所の 施術管理者) <input type="checkbox"/>	第1	ふりがな	生年月日	目が見えない者
	氏名	( ) 年 月 日生	<input type="checkbox"/>	
	免許 交付者名	はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	番号	第 号	第 号	第 号
	年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日
	中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		
所属団体	<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人日本盲人会連合 <input type="checkbox"/> その他(、ふりがな )		施術者登録番号(左記4団体会員)	
施術所  (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな			電話番号
	名称			※ウェブページへの掲載(可・否)
	所在地	〒		受領委任の取扱規程11(1)～(14) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
開設者  個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな			生年月日
	氏名			( ) 年 月 日生
	住所	〒		電話番号
(備考) ※施術所情報のウェブページへの掲載(可・否)(否の場合の理由: )				

上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。

令和 年 月 日

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇 殿

氏名 〇〇〇〇

TEL. - -

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇 殿

住所

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)



## 療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

施術所に勤務する他の施術者として、受領委任の取扱規程(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別添1、その後の変更及び改訂を含む。)の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15、第5章28、第8章並びに第9章45その他の同規程の適用を受けることについて同意します。

施術所に勤務する他の施術者	第2	ふりがな		生年月日		目が見えない者	
		氏名		( ) 年 月 日生		□	
		免許	はり □	きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □	
		交付者名					
		番号	第 ( ) 号	第 ( ) 号	第 ( ) 号		
		年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日		
	中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日			
		〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局			
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)					
		午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)					
	第3	ふりがな		生年月日		目が見えない者	
		氏名		( ) 年 月 日生		□	
免許		はり □	きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □		
交付者名							
番号		第 ( ) 号	第 ( ) 号	第 ( ) 号			
年月日		( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日			
中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日				
	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局				
勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)						
	午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)						
第4	ふりがな		生年月日		目が見えない者		
	氏名		( ) 年 月 日生		□		
	免許	はり □	きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □		
	交付者名						
	番号	第 ( ) 号	第 ( ) 号	第 ( ) 号			
	年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日			
中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日				
	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局				
勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)						
	午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)						

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

## 【様式第2号・様式第2号の2の注意事項】

### (様式第2号)

- 1 「療養費の種類」欄は、療養費の受領委任を取り扱う施術の種類をチェックすること。(施術管理者の「免許」欄にチェックのあるものに限る。)
  - 2 保健所に届け出た施術所開設(変更)届の副本の写し、施術管理者(予定者)の免許証の写し及び確約書(様式第1号)を添付すること。
  - 3 施術管理者が別の申出で施術管理者(出張専門施術者の場合を含む。)として申し出ている場合、「施術管理者」欄の(他の施術所の施術管理者)にチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
  - 4 施術管理者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。
  - 5 「所属団体」欄は、所属する団体がある場合に記載すること。また、「施術者登録番号」欄は、施術管理者が公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連合の会員である場合に当該会員の施術者登録番号を記載すること。
  - 6 施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合、「施術所」欄の(複数の施術管理者)にチェックすること。
  - 7 専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出た場合、「施術所」欄の(出張専門)にチェックすること。その場合、「開設者」の各欄の記載は不要であること。また、施術所の「名称」欄には「同上」と記載し、「所在地」欄には自らが待機等する一つの拠点(出張の起点であり、自宅の住所)を記載し、住民票を添付すること。  
なお、出張専門施術者が別の申出で施術管理者又は勤務する施術者として申し出ている場合、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
  - 8 開設者(個人)と施術管理者が同一人の場合、開設者の「氏名」欄に「同上」と記載し、「生年月日」「住所」「電話番号」欄の記載は必要ないこと。
  - 9 開設者(個人)と施術管理者が別人の場合、開設者の各欄を記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の2)を添付すること。
  - 10 開設者が法人等の場合、開設者の「氏名」欄は法人等名・代表者の役職・氏名、「生年月日」欄は代表者のもの、「住所」、「電話番号」欄は法人のものを記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の3)を添付すること。
  - 11 様式の最下部の申出者の氏名・住所・電話番号は、「施術管理者」欄に記載した施術者(施術管理者の予定者)のものを記載すること。
  - 12 令和3年1月1日以降に申出を行う場合、「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受領委任を取り扱う施術管理者の要件について」(令和2年3月4日保発0304第1号厚生労働省保険局長通知)による実務経験を確認できる書類(「実務経験期間証明書」の写し又は「承諾通知」の写し等)及び研修修了を確認できる書類(「施術管理者研修修了証」の写し)を添付すること。
- ※ 施術所の名称・所在地、開設者(個人)の氏名・住所(法人の場合は名称・所在地)、施術管理者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。

### (様式第2号の2)

- 1 施術所に勤務する他の施術者の免許証の写しを添付すること。  
ただし、様式第4号による申出事項の変更で勤務する他の施術者を追加する場合は、当該施術者の免許証の写しを添付すること。
  - 2 施術者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。
- ※ 施術者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。

## 療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

施術管理者	登録記号番号	
	氏 名	
	施 術 所 名	(電話番号： ( ) )
	開 設 者 氏 名	
変更内容	(変更年月日： 令和 年 月 日)	
理由等		
備 考	変更に伴う当初申出時における受領委任の取扱規程 11 (1) ~ (14) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

令和 年 月 日

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇

殿

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇

氏名

〒 - TEL. - -

住所

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあつては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(注) 受領委任の施術管理者が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該施術者との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の施術者を追加する場合は、様式第 2 号の 2 及び当該施術者の免許証の写しを添付すること。





### 3 適用日

1 及び 2 の改正については、令和 3 年 4 月 1 日から適用するものとする。