

保医発 1203 第 2 号
令和 7 年 12 月 3 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)

「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	<input type="checkbox"/> 被保険者資格に係る記号番号						<input type="checkbox"/> 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 ())				
							<input type="checkbox"/> 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 ()

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											転帰																
		5. 腰痛症	6. 頸椎捻挫後遺症	7. その他()											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																		
施術内容欄	はり・きゅう	通所		施術の種類		1術回		2術回																								
		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	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	月																														
○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		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。				申請者 (被保険者) 殿	住所	〒	—
	令和 年 月 日					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		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 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

(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	<input type="checkbox"/> 被保険者資格に係る記号番号						<input type="checkbox"/> 発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 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 男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為の有無			
								<input type="checkbox"/> （1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ））			
								<input type="checkbox"/> 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2（別紙4の2）

被保険者資格に係る記号番号 ()

)

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 ()

施術證明欄	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				〒	—	
申請欄	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師				住 所		
					氏 名	電話	
支払機関欄	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) 殿	住 所	
同意記録	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。