

令和8年6月5日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
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		

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、そ
の一部を下記のとおり改正し、令和8年7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。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
別添 1 はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 1 章 通則 1・2 (略) <u>3 施術所（施術管理者及び勤務する施術者を含む。以下この項及び 4 において同じ。）は、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等（その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。）に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術を受けるように誘引してはならないこと。</u> <u>また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等（以下「他の事業者等」という。）に対して金品（いわゆる紹介料その他の経済上の利益）を提供し、患者の紹介を受けることは、特定の施術所への患者誘導につながる蓋然性が極めて高く、また、患者による適切な施術所の選択を阻害することから当該紹介の結果なされた施術については、療養費の支給の対象外とすること。この場合において、その他の経済上の利益とは、金銭、物品、便益、労務、饗応等を指すものであること。同様の観点から、施術所と他の事業者等が特別の関係にあり、実質的に患者による他の施術所の選択ができない場合は、当該他の事業者等の入居者等に対して行われる施術については、療養費の支給の対象外とすること。</u> <u>さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等</u>	別添 1 はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 1 章 通則 1・2 (略) (新設)

を提供し、療養費の請求に必要となる留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

4 第1章3において、施術者との事業者等の関係が、次の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当する場合に、当該事業者と当該他の事業者は特別の関係にあると認められるものであること。

（イ） 当該施術所の開設者が、当該他の事業者の開設者と同一の場合

（ロ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者と同一の場合

（ハ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者の親族等である場合

（ニ） 当該施術所の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の事業者の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

（ホ） （イ）から（ニ）までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該他の事業者等が、財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の施術所をいい、当該施術所の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限ることとし、具体的には次の①から⑤までの場合を含むものとする。）

① 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等である場合

② 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の子会社等である場合

③ 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の関連会社等である場合

④ 当該他の事業者等又は当該他の事業者等の親会社、子会社等の関連会社（以下単に「関連会社」という。）が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と当該施術所の運営に関するフランチャイズ契約を締結している場合

⑤ 当該他の事業者等又は関連会社が、当該施術所（関連会社であ

（新設）

<u>る場合を含む。）と経営等に関するコンサルテーション等を委託している事業者である場合</u> <u>(2) (1)のほか、特別の関係にあると認められる場合としては、次の(イ)及び(ロ)に掲げる場合が該当するものであること。</u> <u>(イ) 患者が居住し、又は退院後に居住する高齢者住まい等を設置運営する事業者が、施術所との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合</u> <u>(ロ) 施術所が、当該事業者に対して利用者を斡旋すること等を行う事業者との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合</u> <u>5 自己施術(はり師、きゅう師による自身に対する施術)、自家施術(はり師、きゅう師による家族に対する施術、はり師、きゅう師による関連施術所の開設者・従業員に対する施術)については、療養費支給の対象外とすること。</u> <u>6・7 (略)</u> 第2章 (略) 第3章 医師の同意書、診断書の取扱い 1～7 (略) 8 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。 <u>なお、オンライン診療(医療法(昭和23年法律第205号)第2条の</u>	(新設) <u>3・4 (略)</u> 第2章 (略) 第3章 医師の同意書、診断書の取扱い 1～7 (略) 8 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければならないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行われないよう徹底されるべきものであること。
---	--

2 第 1 項に規定する診療をいう。) による同意書の交付はできないこと。

9・10 (略)

11 同意書を訂正する際は、保険医が二重線及び当該保険医の署名により訂正すること。この場合において、署名に代えて訂正印によることも差し支えないこと。なお、訂正の際には、修正テープや修正液などは使用しないこと。

第 4 章・第 5 章 (略)

第 6 章 訪問施術料

1～7 (略)

8 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 2 条第 1 号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が 1 人の場合は訪問施術料 1、2 人の場合は訪問施術料 2、3 人以上 9 人以下の場合は訪問施術料 3、10 人以上 19 人以下の場合は訪問施術料 4、20 人以上の場合は訪問施術料 5 の各区分により、支給すること。また、この場合に通所の施術料と訪問施術料を混在して算定する場合には、訪問施術料の区分は当該通所による施術を行った患者の人数も合計した人数により決定すること（通所の施術料と訪問施術料 1 をそれぞれ 1 人ずつ算定する場合はこの限りではない。）。

9～12 (略)

9・10 (略)

(新設)

第 4 章・第 5 章 (略)

第 6 章 訪問施術料

1～7 (略)

8 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 2 条第 1 号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 27 項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が 1 人の場合は訪問施術料 1、2 人の場合は訪問施術料 2、3 人以上の場合はその人数に応じた訪問施術料 3 の各区分により、支給すること。

9～12 (略)

第7章・第8章 （略）

第9章 明細書発行加算

1 明細書発行加算は、施術の内容がわかる明細書が無償で交付するた
びに支給できること。なお、患者の求めに応じ、又は訪問施術を行う場
合であって、明細書を1か月単位で交付する場合は、施術が行われた
月又はその翌月に明細書が無償で交付した場合に支給できること。

2 患者の求めに応じて明細書を1か月単位で交付する場合は、施術所
は患者の意向をあらかじめ文書で確認すること。

第10章 その他の算定方法に係る事項

1 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術に係る集中
率の計算において、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場
合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含めること。

第11章 （略）

第12章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので
参考とされたいこと。ただし、月16回以上の施術を行った場合（100
分の50に相当する額により算定したものがある場合）又は訪問施術料
4若しくは5を算定した場合には、それぞれ別紙4の3によるものと
すること。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支
えないこと。

第7章・第8章 （略）

（新設）

（新設）

第9章 （略）

第10章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので
参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支
えないこと。

2～8 (略)

9 訪問施術料 4 又は 5 を算定する場合の療養費支給申請書には、別紙 7 の訪問施術総括表（はり・きゅう）を添付する取扱とすること。

2～8 (略)

(新設)

2 様式を次のように改める。

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。

別添 1（別紙 1）

別添 1（別紙 1）

同 意 書		
(はり及びきゅう療費適用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
	発病年月日	昭・平・令 年 月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)	
診 察 日	令和 年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)	
□同意書交付の留意点(裏面)を確認しました。 上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添 1（別紙 1）

別添 1（別紙 1）

同 意 書		
(はり及びきゅう療費適用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
	発病年月日	昭・平・令 年 月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)	
診 察 日	令和 年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書の交付について

(裏面)

○同意書交付の留意点

- 1 患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病(慢性的な疼痛を主訴とする疾病)であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、
ア 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。〔「病名」欄1～6〕
イ ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。〔「病名」欄7〕
ウ ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、〈中略〉同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
- 5 はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いいたします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 6 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 7 上記6の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 8 上記6の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いいたします。

※ この同意書は、「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）に基づくものです。
療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

同意書の交付について

(裏面)

○同意書交付の留意点

- 1 患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病(慢性的な疼痛を主訴とする疾病)であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、
ア 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。〔「病名」欄1～6〕
イ ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。〔「病名」欄7〕
ウ ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、〈中略〉同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
- 5 はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いいたします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 6 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 7 上記6の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 8 上記6の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いいたします。

※ この同意書は、「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）に基づくものです。
療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添 1 (別紙 4)

別添1 (別紙4)																								
療養費支給申請書 (年 月 日) (はり・きゅう用)																								
法 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号										○発病又は発症年月日					○傷病名、発症又は発病の原因及びその経過								
	年 月 日 性 別										○要療上・外、第三者行為の有無 (1. 遺失 2. 第三取得 3. その他 ())													
	明・大・原・平・金 年 月 日 主										○発病した原因 (発病年に入所している療養病/被保険者の原因と異なる場合は記載)													
	初 診 年 月 日 施 療 期 間 英 日 数										新 規 ・ 症 例													
施 療 内 容 欄	通 病 名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 関節炎痛 4. 三十肩										給 薬													
	初 診 料 1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用										費 用													
	はり・きゅう 施療の回数 1番 回 2番 回										費 用													
	通 所 円 × 回 = 円										費 用													
	訪問施療科 1 円 × 回 = 円										費 用													
	訪問施療科 2 円 × 回 = 円										費 用													
	訪問施療科 3 (3人〜9人) 円 × 回 = 円										費 用													
	電療科 (30分/1回) 1. 電気刺激 2. 電気温熱 3. 電気静電療										円 × 回 = 円													
	特設電療 (加算)										円 × 回 = 円													
	注 意 料										円 × 回 = 円													
施療指示書交付料 (前回交付: 年 月 日)										円 × 回 = 円														
明 細 書 発 行 加 算										円 × 回 = 円														
費 用 額 計										円														
請求書 (通所/訪問/電療) 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																								
○右欄は12箇月の間 (1. 療養上必要の医療機関を定めての所内調護 2. 療養上必要、内容、期間等指定のある療養上必要調護 3. その他)																								
施 療 指 導 欄	上記のとおり施療を行い、その費用を徴収しました。										全額自費負担 1. 施療指針あり 2. 治療指針あり 3. 治療指針なし													
	令和 年 月 日 はり師 住 所										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。										令和 年 月 日													
	療 養 費 支 給 申 請 書										住 所													
支 払 指 導 欄	支払区分										支払の回数													
	1. 療 養 費 2. 療 養 費 3. 療 養 費										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別当													
同 意 記 欄	同意依頼の氏名										同 意 年 月 日													
	住 所										通 所 名													
本申請書に基づく給付金に関する受取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																								
※ 給付金に関する受取を代理人に委任する (申請者若しくはその親族に限定される) 場合に記入してください。																								

別添 1 (別紙 4)

		〇被保険者証等の記号番号		〇延滞又は負担年月日		〇療養費、差支又は負担の経路及びその経過		
						年 月 日		
高保障者欄	〇世帯主 〇同居の親族等 〇その他	(7) 氏名				続柄		
		男・女				〇差支上・外、並びに行方不明の有無		
		昭和・大・昭・平・令				(1. 差支上 2. 差支外 3. その他) 〇差支した事由 (人別差支や住所移動等、医療滞在施設となる場合に記入)		
初診年月日		施行期間				末日数	請求区分	
() 年 月 日		日・令和 年 月 日～至、令和 年 月 日				日	新規・継続	
傷病名		1. 特種傷 2. リウマチ 3. 環境施設等 4. 五十肩				転送・治療・中止・転居		
5. 腰痛症 6. 環境施設後遺症 7. その他 ()								
施設内療育料	初級科	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円	摘 要	
	はり・きゅう	診療の種類				1 新 2 旧		円
	通所	円×				回-		円
	訪問療育科 1	円×				回-		円
	訪問療育科 2	円×				回-		円
	訪問療育科 3 (3人~9人)	円×				回-		円
	訪問療育科 3 (10人以上)	円×				回-		円
	電療科 (1 電気 2 電気療法 3 電気治療器)	円×				回-		円
	特別地域(加算)	円×				回-		円
	住 宅 科	円×				回-		円
施設報告書交付料 (前年度末迄： 年 月分)		円×				回-	円	
要 用 額 計						円		
使用回数 (初年度 1 回目 2 回目 3 回目 4 回目 5 回目 6 回目 7 回目 8 回目 9 回目 10 回目 11 回目 12 回目 13 回目 14 回目 15 回目 16 回目 17 回目 18 回目 19 回目 20 回目 21 回目 22 回目 23 回目 24 回目 25 回目 26 回目 27 回目 28 回目 29 回目 30 回目)								
注：1. 療養費に該当しない場合は「0」を記入する。2. 療養費に該当しない場合は「0」を記入する。3. 療養費に該当しない場合は「0」を記入する。4. 療養費に該当しない場合は「0」を記入する。								
施設利用状況		上記のとおり施設を利用し、その費用を徴収しました。				1. 施設利用状況 2. 施設利用開始日		
令和 年 月 日		〒 -						
施設利用者		はり師 住所						
施設利用者		きゅう師 氏名				電話		
申請理由		上記の療養費に該当しない費用に限り、その費用を支給を申請します。						
令和 年 月 日		申請者 (代表者) 住所				電話		
支払区分		院 氏名						
1. 療養費 2. 療行金 3. 療行金 4. 療行金 5. 療行金 6. 療行金 7. 療行金 8. 療行金 9. 療行金 10. 療行金 11. 療行金 12. 療行金 13. 療行金 14. 療行金 15. 療行金 16. 療行金 17. 療行金 18. 療行金 19. 療行金 20. 療行金 21. 療行金 22. 療行金 23. 療行金 24. 療行金 25. 療行金 26. 療行金 27. 療行金 28. 療行金 29. 療行金 30. 療行金		療行金の種類 1. 療行金 2. 療行金 3. 療行金 4. 療行金 5. 療行金 6. 療行金 7. 療行金 8. 療行金 9. 療行金 10. 療行金 11. 療行金 12. 療行金 13. 療行金 14. 療行金 15. 療行金 16. 療行金 17. 療行金 18. 療行金 19. 療行金 20. 療行金 21. 療行金 22. 療行金 23. 療行金 24. 療行金 25. 療行金 26. 療行金 27. 療行金 28. 療行金 29. 療行金 30. 療行金				療行金の種類 1. 療行金 2. 療行金 3. 療行金 4. 療行金 5. 療行金 6. 療行金 7. 療行金 8. 療行金 9. 療行金 10. 療行金 11. 療行金 12. 療行金 13. 療行金 14. 療行金 15. 療行金 16. 療行金 17. 療行金 18. 療行金 19. 療行金 20. 療行金 21. 療行金 22. 療行金 23. 療行金 24. 療行金 25. 療行金 26. 療行金 27. 療行金 28. 療行金 29. 療行金 30. 療行金		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録		同定記録の日付				同定記録の住所		
同定記録		同定記録の氏名				同定記録の日付		
同定記録		同定記録の住所				同定記録の氏名		
同定記録								

別添 1 (別紙 4 の 2)

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	○被保険者資格の記号番号										○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		
被保険者欄	療養を受けた者の氏名 男 女 明・大・福・事・令 年 月 日生	(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 ()) ○雇用した者等（施設等に入居している療養者及び被保険者の住所と異なる場合に記載）								

別添 1 (別紙 4 の 2)

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	○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	(ひらがな)							続　柄 男・女	○業務上・外、第三者行為の有無
										(１．業務上　２．第三者行爲　３．その他())
							○診断した医師（入居施設や住所地特等、被保険者の居住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 被差を受けた者の氏名 () 年 月分
被保険者資格の記号番号 ()

別添 1 (別紙 4 の 2)

施 術 内 容	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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()																配 掃 継続・治療・中止・転医																
	初 療 料	円																摘 要																
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用																																	
	はり・きゅう	施術の種類		1術		回		2術		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																												
通所料 ①電極／ 1電気計 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																													
明 細 書 発 行 加 算	円×		回＝		円																													
費 用 額 計	円																																	
施術日	通所①	通所②	通所③	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
月																																		
◎記載又は請求の理由 (1. 患者による虫咬咬傷等使用後の外用回数 2. 器具使用回数、内容、洗浄回数及びより数事による外用回数 3. その他 ())																																		

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名 () 年 月分
被保険者資格に係る記号番号 ()

別添1（別紙4の2）

[illegible]

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)
被保険者資格の記号番号 ()

施行証明欄	上記のとおり施行を行い、その費用を償収しました。		保続所並給区分		1. 施療所併在地 2. 出張専門施療所併在地	
	令和 年 月 日		〒		—	
申請欄	先野医師番号		はり師		住所	
	先野医師番号		きゅう師		氏名 電話	
支払情報欄	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 氏名 電話	
支払情報欄	支払区分		預金の種別		金融機関名	
	1. 郵 1. 普通 2. 当座 金融機関名 銀行 本店		2. 当座 4. 別居 郵便局 支店		3. 通知 郵便局 出所所	
同意記録欄	同意医師の氏名		住所		同意年月日	
	令和 年 月 日		傷病名		要加療期間	

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。

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 ()

施行証明欄	上記のとおり施行を行い、その費用を償収しました。		保続所並給区分		1. 施療所併在地 2. 出張専門施療所併在地	
	令和 年 月 日		〒		—	
申請欄	先野医師番号		はり師		住所	
	先野医師番号		きゅう師		氏名 電話	
支払情報欄	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 氏名 電話	
支払情報欄	支払区分		預金の種別		金融機関名	
	1. 郵 1. 普通 2. 当座 金融機関名 銀行 本店		2. 当座 4. 別居 郵便局 支店		3. 通知 郵便局 出所所	
同意記録欄	同意医師の氏名		住所		同意年月日	
	令和 年 月 日		傷病名		要加療期間	

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。

別添 1 (別紙 4 の 3)

(新設)

[illegible]

※ 納付金に関する受領を代理人に受ける（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。

別添 1 (別紙 4 の 4)

(新設)

3枚中1枚目

別添 1 (別紙 4 の 4)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号							○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	(ひらがな)							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 () }	
										○雇用した場所（施設等）に入居している協会及び被保険者の住所と異なる協会に記載	
	明・大・昭・平・令 年 月 日 生										

3枚中2枚目 激減を受けた者の氏名

別添1（別紙4の4）

賠償を受けた者の氏名 ()
被保険者資格の記号番号 ()

初年度入学者の氏名欄		修 習 期 間		入 学 日 数		修 業 区 分																										
初 年 半 月 日		日・会 和 年 月 日		日・会 和 年 月 日		新 規 ・ 転 入																										
()	()	()	()	()	()	()	()																									
備考名 1. 特待生 2. フォケチ 3. 課程外進修 4. 三才育 5. 短期生 6. 課程外転入生徒 7. その他()		転 入 転 入・退学・中止・転出																														
初 級 科 1. 2きゅう 2. 3きゅう 3. 4きゅう 併用		円																														
はり・きょう		施設の種類		1 課 時		2 課 時																										
施設 内 容	通所		円× 即＝		円																											
	【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																											
	初級施設科 1		円× 即＝		円																											
	【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																											
	初級施設科 2		円× 即＝		円																											
	【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																											
	初級施設科 3 (3人～9人)		円× 即＝		円																											
	【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																											
	初級施設科 4 (10人～19人)		円× 即＝		円																											
	【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																											
初級施設科 5 (20人以上)		円× 即＝		円																												
【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円×2.5× 即＝		円																												
専科科 (30人× 1 課時) 2 課時以上(高 2 課時以上(専科科)) 【高1(週1回の施設に修業する生徒)】		円× 即＝		円																												
特別地区 (加算)		円× 即＝		円																												
住 学 科		円× 即＝		円																												
施設毎台費交付料 (単位次給： 年 月 分)		円× 即＝		円																												
明 細 費 用 加 算		円× 即＝		円																												
費 用 額 計				円																												
授業中(90分)以上の施設等入居者 (90分未満対象) 【担当の割合(〇)】				円																												
施設内	時間 1 2	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
施設外	時間 3 4																															
住学	時間 5 6																															

○住学又は通所の場合 (1. 徒歩による通学交通機関を使っての自宅通学 2. 通所(自宅通学、通所、通所等)などにより徒歩による自宅通学 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4)
被保険者資格の記号番号 ()

施 済 証 明 書	上記のとおり施済を行い、その費用を徴収しました。		保険所支払区分	1. 施設所所在地 2. 出候専門施設者住所地	
	令和 年 月 日		〒	—	
申 請 書	免許証番号		はり師	住 所	〒 —
	免許証番号		きゅう師	氏 名	電話
支 払 結 算 書	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	電話
支 払 結 算 書	支払区分		預金の種類	金融機関名	銀行 本店 支店 出張所
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 普通 4. 当座 5. 通知 6. 別居		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
				令和 年 月 日	要加療期間

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

代理人 住所
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。

別添 1（別紙 5・別紙 6）（略）

別添 1（別紙 7）

訪問施設総括表（はり、きゅう用）

別添 1（別紙 7）

年 月分

施設所名：

区 分	施設名称（施設等名）	訪問施設区分			備 考	
		区分	のべ算定回数	算定日数 同一日訪問人数 （平均）		
患家（1人）	-	1				
患家（2人）	-	2				
施設等	○	1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		小計				
	訪問施設料合計算定回数			①		
	うち訪問施設建設での訪問施設料算定回数			②		

集 中 平（②÷①）%

注 ・訪問施設料4又は6を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。（請求先保険者に対し各1枚）

・同一日訪問人数（平均）は四捨五入により小数点1桁で記載すること。

・施設等の欄は必要に応じ行を追加して作成すること。

・訪問施設料を算定せずに施設料を算定している場合についても訪問施設にカウントすること。この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

別添 1（別紙 5・別紙 6）（略）

（新設）

3 別添 2 の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
別添 2 マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 1 章 通則 1 ・ 2 (略) <u>3 施術所（施術管理者及び勤務する施術者を含む。以下この項及び 4 において同じ。）は、健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供又は違法な広告若しくは通達、ガイドライン等（その後の変更若しくは改訂及び新たに規定されるものを含む。）に違反する広告により、患者が自己の施術所において施術を受けるように誘引してはならないこと。</u> <u>また、施術所が、集合住宅・施設・請求代行の事業者若しくはその従事者、医療機関、医師又はその関係者等（以下「他の事業者等」という。）に対して金品（いわゆる紹介料その他の経済上の利益）を提供し、患者の紹介を受けることは、特定の施術所への患者誘導につながる蓋然性が極めて高く、また、患者による適切な施術所の選択を阻害するおそれがあることから当該紹介の結果なされた施術については、療養費の支給の対象外とすること。この場合において、その他の経済上の利益とは、金銭、物品、便益、労務、饗応等を指すものであること。同様の観点から、施術所と他の事業者等が特別の関係にあり、実質的に患者による他の施術所の選択ができない場合は、当該他の事業者等の入居者等に対して行われる施術については、療養費の支給の対象外とすること。</u> <u>さらに、施術所が、医療機関、医師又はその関係者等に対して金品等</u>	別添 2 マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第 1 章 通則 1 ・ 2 (略) (新設)

を提供し、療養費の請求に必要となる留意事項に基づく同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）の交付を受け、その結果なされた施術については、療養費支給の対象外とすること。

4 第1章3において、施術者との事業者等の関係が、次の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当する場合に、当該事業者と当該他の事業者は特別の関係にあると認められるものであること。

（イ） 当該施術所の開設者が、当該他の事業者の開設者と同一の場合

（ロ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者と同一の場合

（ハ） 当該施術所の代表者が、当該他の事業者の代表者の親族等である場合

（ニ） 当該施術所の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の事業者の役員等の親族等の占める割合が 10 分の3を超える場合

（ホ） （イ）から（ニ）までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該他の事業者等が、財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の施術所をいい、当該施術所の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限ることとし、具体的には次の①から⑤までの場合を含むものとする。）

① 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等である場合

② 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の子会社等である場合

③ 当該他の事業者等が当該施術所の最終親会社等の関連会社等である場合

④ 当該他の事業者等又は当該他の事業者等の親会社、子会社等の関連会社（以下単に「関連会社」という。）が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と当該施術所の運営に関するフランチャイズ契約を締結している場合

（新設）

⑤ <u>当該他の事業者等又は関連会社が、当該施術所（関連会社である場合を含む。）と経営等に関するコンサルテーション等を委託している事業者である場合</u> <u>（２）（１）のほか、特別の関係にあると認められる場合としては、次の（イ）及び（ロ）に掲げる場合が該当するものであること。</u> <u>（イ） 患者が居住し、又は退院後に居住する高齢者住まい等を設置運営する事業者が、施術所との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合</u> <u>（ロ） 施術所が、当該事業者に 対して利用者を斡旋すること等を行う事業者との間に契約その他の金銭の授受関係又は利用者の募集を共同・連携・委託して行うといった関係を有する場合</u> <u>５ 自己施術（あん摩マッサージ指圧師による自身に対する施術）、自家施術（あん摩マッサージ指圧師による家族に対する施術、あん摩マッサージ指圧師による関連施術所の開設者・従業員に対する施術）については、療養費支給の対象外とすること。</u> <u>６・７ （略）</u> 第２章 （略） 第３章 医師の同意書、診断書の取扱い １～５ （略） ６ 一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書、<u>診断書</u>を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書	（新設） <u>３・４ （略）</u> 第２章 （略） 第３章 医師の同意書、診断書の取扱い １～５ （略） ６ 一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受ける場合は、当該期間を超えた療養費支給申請については、医師の同意書を添付すること。なお、当該同意による一の同意書、診断書により支給
--	---

により支給可能な期間内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略して差し支えないこと。 7～9 （略） 10 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければなら ないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が 行われないよう徹底されるべきものであること。 <u>なお、オンライン診療（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 2 条の 2 第 1 項に規定する診療をいう。）による同意書の交付はできないこ と。</u> 11・12 （略） <u>13 同意書を訂正する際は、保険医が二重線及び当該保険医の署名によ り訂正すること。この場合において、署名に代えて訂正印によること も差し支えないこと。なお、訂正の際には、修正テープや修正液などは 使用しないこと。</u> 第 4 章 施術料 1～5 （略） <u>6 施術料は、疾病の種類、疾病の数及び局所数にかかわらず 1 日 1 回 に限り支給するものであること。</u> <u>7 訪問施術を行った場合には、訪問施術料を算定せずに通所による施 術料を算定することはできないこと。ただし、専ら出張のみにより自 ら施術を行う施術者（以下「出張専門施術者」という。）が施術を行う</u>	可能な期間内における２回目以降の請求にあつては、その添付を省略 して差し支えないこと。 7～9 （略） 10 医師の同意又は再同意は、医師の診察を受けたものでなければなら ないこと。医師が診察を行わずに同意を行う、いわゆる無診察同意が行 われないよう徹底されるべきものであること。 11・12 （略） （新設） 第 4 章 施術料 1～5 （略） （新設） （新設）
--	--

場合であって、同意書に「訪問又は往療を必要としない」と記載されている場合はこの限りでないこと。

8～10 (略)

第5章 訪問施術料

1～6 (略)

7 訪問施術料は、疾病の種類、疾病の数及び局所数にかかわらず1日1回に限り支給するものであること。

8・9 (略)

10 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第27項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が、1人の場合は訪問施術料1、2人の場合は訪問施術料2、3人以上9人以下の場合は訪問施術料3、10人以上19人以下の場合は訪問施術料4、20人以上の場合は訪問施術料5の各区分により、支給すること。また、出張専門の施術者が施設等に対する訪問施術を行う場合に、通所の施術料と訪問施術料を混在して算定する場合には、訪問施術料の区分は当該通所による施術を行った患者の人数も合計した人数により決定すること。（通所の施術料と訪問施術料1をそれぞれ1人ずつ算定する場合はこの限りではない。）

11～15 (略)

第6章・第7章 (略)

6～8 (略)

第5章 訪問施術料

1～6 (略)

(新設)

7・8 (略)

9 訪問施術料は、同一日に同一の建築物（建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に規定する建築物をいい、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第27項に規定する介護老人福祉施設等の施設を含む。）で施術を行った患者数が、1人の場合は訪問施術料1、2人の場合は訪問施術料2、3人以上の場合はその人数に応じた訪問施術料3の各区分により、支給すること。

10～14 (略)

第6章・第7章 (略)

第8章 明細書発行加算

1 明細書発行加算は、施術の内容がわかる明細書が無償で交付するた
びに支給できること。なお、患者の求めに応じ、又は訪問施術を行う場
合であって、明細書を1か月単位で交付する場合は、施術が行われた
月又はその翌月に明細書が無償で交付した場合に支給できること。

2 患者の求めに応じて明細書を1か月単位で交付する場合は、施術所
は患者の意向をあらかじめ文書で確認すること。

第9章 その他の算定方法に係る事項

1 訪問施術料4及び5を算定する施術所における訪問施術に係る集中
率の計算において、出張専門の施術者が訪問施術料を算定せずに施術
料を算定している場合は、当該施術料の算定回数も集中率の計算に含
めること。

第10章 施術録

(1)～(7) (略)

(8) 施術明細

①訪問施術料又は往療料、その他

②～④ (略)

第11章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので
参考とされたいこと。ただし、月16回以上の施術を行った場合（100
分の50に相当する額により算定したものがある場合）又は訪問施術料
4若しくは5を算定した場合には、それぞれ別紙4の3によるものと

(新設)

(新設)

第8章 施術録

(1)～(7) (略)

(8) 施術明細

①往療料 km、その他

②～④ (略)

第9章 支給事務手続き

1 療養費支給申請書の基準様式をそれぞれ別紙4のとおりとしたので
参考とされたいこと。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支
えないこと。

すること。

なお、必要に応じ保険者において必要な欄を追加することは差し支えないこと。

2～7 (略)

8 訪問施術料 4 又は 5 を算定する療養費支給申請書には、別紙 7 の訪問施術総括表（あん摩・マッサージ）を添付する取扱いとすること。

2～7 (略)

(新設)

4 様式を次のように改める。

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。

別添2（別紙1）

別添2（別紙1）		
同 意 書 （あん摩マッサージ指圧業務費用）		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	（筋萎縮又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい） （関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	右肩・右肘・右手首・右肘関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左肘関節・左膝・左足首 （ ）
	そ の 他	（筋萎縮、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ （ 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）	
	変形徒手矯正術 （ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）	
訪問又は 往療	1. 必要とする（ <u>通所して治療を受けることが困難</u> ） 2. 必要としない	
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 （ ） 分かれれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 （ ）	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	
<u>口同意書交付の留意点（裏面）を確認しました。</u> 上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 令和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添2（別紙1）

別添2（別紙1）		
同 意 書 （あん摩マッサージ指圧業務費用）		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	（筋萎縮又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい） （関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	右肩・右肘・右手首・右肘関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左肘関節・左膝・左足首 （ ）
	そ の 他	（筋萎縮、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ （ 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）	
	変形徒手矯正術 （ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）	
訪問又は 往療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 （ ） 分かれれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 （ ）	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。 令和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

（裏面）

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 食院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、食院での治療が優先されるため、食院にて患者に医療上のマッサージ（リハビリテーションにおいて行う場合を含む）を行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。
- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意（食院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に食院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 9 上記7の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「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）に基づくものです。
療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

（裏面）

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 食院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、食院での治療が優先されるため、食院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療費担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。
- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意（食院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に食院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 9 上記7の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「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）に基づくものです。
療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添 2 (別紙 4)

[illegible]

別添 2 (別紙 4)

別添2（別紙4）

緊急費支給申請書（年 月分）（あんま・マッサージ用）

○被保険者等の番号等				○発病又は負傷年月日				○傷病名、事故又は負傷の原因及びその経過																									
				年 月 日																													
被 保 険 者 欄	療養を受ける者の氏名		○住所		続 柄		○車両上・外、第三者行為の有無																										
			〒 市 区 町 丁目 番 号 室 生				○ 1. 原因は 2. 第三者は 3. その他()																										
							○発生した場所（入居施設や住居地持所有、保護居住所地を賃する場合に記述）																										
初診年月日		通院期間				末日数		請求区分																									
() 年 月 日		自・合給 年 月 日～他・合給 年 月 日				日		新規・継続																									
傷病名及び症状								転 移																									
								継続・回復・中止・転医																									
建 術 内 容 欄	マッサージ（建築料）		同意取得 建築関係		(御座) 否	(右) 上級	(左) 上級	(右) 下級	(左) 下級	備 考																							
	通所				円×		円＝		円																								
	訪問建築料 1				円×		円＝		円																								
	訪問建築料 2				円×		円＝		円																								
	訪問建築料 3 (3人～9人)				円×		円＝		円																								
	訪問建築料 3 (9人以上)				円×		円＝		円																								
	延 電 法 (加算)				円×		円＝		円																								
	延電法・電気光線器具 (加算)				円×		円＝		円																								
	変形徒手矯正 (加算) 各延電法との併用は不可		同意取得 建築関係		(右) 上級	(左) 上級	(右) 下級	(左) 下級																									
	特 別 地 域 (加算)				円×		円＝		円																								
	往 療 料				円×		円＝		円																								
	建築費寄附交付料 (前項支給：年 月分)				円×		円＝		円																								
	合 計						円																										
	支払期日 (前項①) (後項②) 前項② 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																														
	○任意又は強制の事由 (1. 現地に係る公共工事等に関するものに限る。 2. 現地の状況、内容、経緯等により当該公営の事業 3. その他 ())																																
建 術 部 詳 細 欄	上記のとおり建術を行い、その費用を徴収しました。		令和 年 月 日		住所		氏 名		電話																								
	あんま・マッサージ師 氏 名				氏 名				電話																								
申 請 欄	上記の傷病に就いた費用に関して、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		氏 名		電話																						
	支払区分 1. 補 込 2. 創 行 送 金 3. 嘱 託 送 金 4. 出 払 品		国庫の確保 1. 普通 2. 特別		会費補助金 1. 普通 2. 特別		銀行 金融 機関		本邦 支出 設備																								
同 意 取 得 欄	同意取得の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		受領印																								
					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 (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（申請済者以外の方の署名が必要）場合記入してください。

別添 2 (別紙 4 の 2)

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	○被保険者資格の記号番号							○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	(が)か(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 ())							
										○施行した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）							
	明・大・昭・平・令　　　　　年　月　日生																

別添 2 (別紙 4 の 2)

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	○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	(7桁*4)							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 ())	
										○施行した場所 (入居施設や住所等特例等、被保険者の住所と異なる場合に記載)	
	明・大・福・平・令 年 月 日生										

3枚中2枚目 産業を受けた者の氏名 () 年 月分 別添2 (別紙4の2)
被保険者資格の証号番号 ()

施 術 内 容	初 療 年 月 日		施 術 期 間										実 日 数		新 規 ・ 継 続																	
	() 年 月 日		日・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日																			
	傷病名及び症状																															
	マッサージ（施術料） 通所 訪問施術料 1 訪問施術料 2 訪問施術料 3（3人～9人）		問書新立		（電話）		（右上腕）		（左上腕）		（右下肢）		（左下肢）		備 考 																	
			施術回数		回		回		回		回		回																			
					円×		円＝		円																							
					円×		円＝		円																							
					円×		円＝		円																							
					円×		円＝		円																							
温 電 法（加算）				円×		円＝		円																								
温電法・電気光線器具（加算）				円×		円＝		円																								
次期後手術正所（加算） ※温電法との併施は不可		問書新立		（右上腕）		（左上腕）		（右下肢）		（左下肢）																						
		施術回数		回		回		回		回																						
特別地域（加算）				円×		円＝		円																								
注 療 料				円×		円＝		円																								
施術単書交付料（前記支給： 年 月 分）				円×		円＝		円																								
明 細 書 発 行 加 算				円×		円＝		円																								
合 計												円																				
施術日 時間1分 通所日 時間2分 在宅日 時間3分		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

○この文は印刷時の様式（ 1. 後方に2.6分以内の通所費を定めての各回期間 2. 昭和40年12月、下腕、肘関節等により2.7より2.6分以内期間 3. その他（ ） ）

3 枚中 2 枚目 麻薬を受けた者の氏名 () 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 内 容 欄	初 度 年 月 日		施 術 期 間										末日数		請 求 区 分																	
	() 年 月 日		日・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															
																	経過・治療・中止・転座															
	マンサージ（施術科）		同客部位 施術回数		（転脚） 回		（右上肢） 回		（左上肢） 回		（右下肢） 回		（左下肢） 回		備 要																	
	通所		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 1		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 2		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 3（3人～9人）		円×		回＝		円																									
	訪問施術科 3（10人以上）		円×		回＝		円																									
温 電 法（加算）		円×		回＝		円																										
温電法・電氣光線器具（加算）		円×		回＝		円																										
変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		同客部位 施術回数		（右上肢） 回		（左上肢） 回		（右下肢） 回		（左下肢） 回																						
特 別 地 域（加算）		円×		回＝		円																										
往 療 科		円×		回＝		円																										
施術報告書交付料（初回支給： 年 月分）		円×		回＝		円																										
合 計																																
施術日 総時間1区		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○ 総時間2区																																
往療△ 総時間3区																																

○診療又は訪問の事由 ①、治療による公共交通機関を利用する外出回数 ②、転脚治療、内服、注射治療などにより治療による外出回数 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2 (別紙4 の2)
被保険者資格の記号番号 ()

施行証明欄	上記のとおり施行を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日		保険所並給区分 〒		1. 施療所所在地 2. 出張専門施療所所在地	
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 電話		住 所			
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) 氏 名 電話		住 所			
支払機関欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払		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	
	口座番号 カギカギで記入		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	
	令和 年 月 日		傷 病 名		要加療期間	

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。

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 ()

施行証明欄	上記のとおり施行を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日		保険所並給区分 〒		1. 施療所所在地 2. 出張専門施療所所在地	
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名 電話		住 所			
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) 氏 名 電話		住 所			
支払機関欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払		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	
	口座番号 カギカギで記入		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	
	令和 年 月 日		傷 病 名		要加療期間	

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。

別添 2 (別紙 4 の 3)

(新設)

[illegible]

別添 2 (別紙 4 の 4)

(新設)

3枚中1枚目

別添 1 (別紙 4 の 4)

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

○被保険者 資格 の記号番号										○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													
被 保 険 者 欄	保 険 者 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 () }										
													○他所した場所 (施設等)に入居している場合及び訪問療養の住所と異なる場合に記載										
			男・大・昭・平・幸								年 月 日生												

3枚中2枚目 療養を受けた者の氏名

別添 1 (別紙 4 の 4)

[illegible]

延滞期間 住所 氏名	上記のとおり旅費を行い、その費用を徴収しました。						療養所所在地区分		1. 旅費所在地在世 2. 出張専門旅費滞在用他	
	令和 年 月 日								平 一	
延滞理由 住所 氏名	内詳電話番号 _____ はり師						住所		平 一	
	内詳電話番号 _____ きゅう師						氏名		電話 _____	
申請額	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。						平 一			
	令和 年 月 日						住所 _____ 申付番号 (出張旅費) _____ 氏名 _____		電話 _____	
支払区分 支店 支店 支店	支払区分		療養者の健康		金庫振替関係		銀行 金庫 郵便		本店 支店 出張所 資産部	
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地地金払 (1) 現金払 (2) 振込		1. 普通通和 2. 当座 3. 別段		金庫振替関係		銀行 金庫 郵便			
同家記録	両家医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		係 病 名		要加算期間	
					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。

別添 2（別紙 5・別紙 6）（略）

別添 2（別紙 7）

別添 2（別紙 7）

訪問施術総括表（あん摩・マッサージ用）

年 月分

施術所名：

区 分	施術場所（施設等名）	訪問施術区分			備考
		区分	のべ算定回数	算定日数	
患者（1人）	-	1			
患者（2人）	-	2			
施設等	○	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		小計			
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		小計			
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		小計			
	訪問施術科合計算定回数		①		
	うち最難病診療での訪問施術科算定回数		②		

集計率（②÷①）

5%

注

- ・訪問施術料4又は6を算定する場合には、本総括票を療養費支給申請書に添付すること。（請求先保険者に対し各1枚）
- ・同一日訪問人数（平均）は四捨五入により小数点1桁で記載すること。
- ・施設等の欄は必要に応じ行を追加して作成すること。
- ・出張専門の施術者については、訪問施術料を算定せずに施術料を算定している場合についても訪問施術にカウントすること。

この場合において、「区分」の欄を「施」として記載すること。

別添 2（別紙 5・別紙 6）（略）

（新設）