

令和 6 年 11 月 29 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の算定基準の実施上の
留意事項等について（通知）」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」の一部改正について」（令和 6 年 11 月 29 日付け保発 1129 第 5 号）が通知され、オンライン資格確認（資格確認限定型）又は資格確認書等によって、患者に療養費を受領する資格があることを確認することとなり、これらの取扱いについて、「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について（通知）」（平成 9 年 4 月 17 日付け保険発第 57 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 6 年 12 月 2 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。

なお、別添「施術録の記載・整備事項」の様式参考例については、当分の間、従来の様式を使用することができることとする。

○「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について(通知)」(平成9年4月17日付け保険発第57号)

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>別紙 柔道整復師の施術に係る算定基準の実施上の留意事項</p> <p>第1～第8 (略)</p> <p>(別紙様式1)～(別紙様式3の1)(略)</p> <p>別添 施術録の記載・整備事項</p> <p>1 施術録の記載項目</p> <p>(1) 受給資格の確認</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 被保険者資格等</p> <p>①記号・番号 ②氏名 ③住所・電話番号 ④資格取得年月日 ⑤有効期限 ⑥保険者・事業所名称及び所在地 ⑦保険者番号 等 ウ・エ (略)</p> <p>オ 一部負担割合 0割・1割・2割・3割等</p> <p>◎以上のことはオンライン資格確認又は資格確認書の提出若しくは 提示等の方法によって転記するほか、必要な事柄は患者から直接 聞いて記載する。</p> <p>◎月初めに適宜、<u>オンライン資格確認又は資格確認書の提出若しく は提示等の方法により確認する</u>など、必要な措置を講ずること。</p> <p>(2)～(12) (略)</p> <p>2 (略)</p>	<p>別紙 柔道整復師の施術に係る算定基準の実施上の留意事項</p> <p>第1～第8 (略)</p> <p>(別紙様式1)～(別紙様式3の1)(略)</p> <p>別添 施術録の記載・整備事項</p> <p>1 施術録の記載項目</p> <p>(1) 受給資格の確認</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 被保険者証等</p> <p>①記号・番号 ②氏名 ③住所・電話番号 ④資格取得年月日 ⑤有効期限 ⑥保険者・事業所名称及び所在地 ⑦保険者番号 等 ウ・エ (略)</p> <p>オ 一部負担割合 0割・1割・2割・3割等</p> <p>◎以上のことは<u>被保険者証等から転記する</u>ほか、必要な事柄は患者 から直接聞いて記載する。</p> <p>◎月初めに適宜、<u>保険証を確認する</u>など、必要な措置を講ずること。</p> <p>(2)～(12) (略)</p> <p>2 (略)</p>

(様式参考例)

施 術 録


(表 面)

健康保険(協・組・日)・船員保険
国民健康保・退職者・共済組合
後期高齢・自衛官等・公費負担
自 費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

市町村番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

被 保 険 者 資 格 等	記 号		請 求 者 番 号	氏 名		男 女	続 柄	
	番 号			生年月日		年 月 日		
	氏 名		事 業 所	所在地				
	生年月日		有効期限	名 称				
	住 所	〒 TEL	保 険 者	所在地				
	資格取得年月日		年 月 日	名 称				
負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術終了年月日	日数	施術回数	転 帰		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		

負傷の日時 負傷の場所 負傷時の状況 初検時の所見 初検時相談支援の内容 ① 日常生活動作上での助行事項や禁止事項(入浴、歩行、就労制限、運動制限等) ② 患部の状態や選択される施術方法などの詳細な説明(施術計画等) ③ 受領委任の取扱いについての説明 同意医師氏名 同意年月日	受 傷 部 位 (図 解)		負 傷 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見		摘 要	
				意見書に記入した労務不能期間			意見書交付 年 月 日
				自 年 月 日 至 年 月 日 日間			

この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと

(裏面) (略)

(様式参考例)

施 術 録

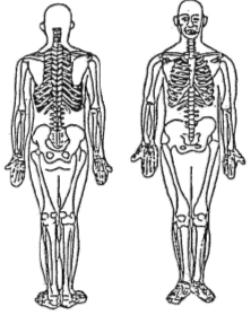
(表 面)

健康保険(協・組・日)・船員保険
国民健康保・退職者・共済組合
後期高齢・自衛官等・公費負担
自 費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

市町村番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

被 保 険 者 資 格 等	記 号		請 求 者 番 号	氏 名		男 女	続 柄	
	番 号			生年月日		年 月 日		
	氏 名		事 業 所	所在地				
	生年月日		有効期限	名 称				
	住 所	〒 TEL	保 険 者	所在地				
	資格取得年月日		年 月 日	名 称				
負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術終了年月日	日数	施術回数	転 帰		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治療・中止・転医		

負傷の日時 負傷の場所 負傷時の状況 初検時の所見 初検時相談支援の内容 ① 日常生活動作上での助行事項や禁止事項(入浴、歩行、就労制限、運動制限等) ② 患部の状態や選択される施術方法などの詳細な説明(施術計画等) ③ 受領委任の取扱いについての説明 同意医師氏名 同意年月日	受 傷 部 位 (図 解)		負 傷 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見		摘 要	
				意見書に記入した労務不能期間			意見書交付 年 月 日
				自 年 月 日 至 年 月 日 日間			

この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと

(裏面) (略)