

平成30年5月24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、その一部を下記のとおり改正し、本年6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

「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）の一部を次の表のように改正する。

ただし、別添1の別紙4及び別添2の別紙4の様式については、当分の間、従来の様式を取り繕って使用できることとする。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添1 (別紙4)

別添1 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日		○傷病名	
	(7桁)		年 月 日			
	療養を受けた者の氏名		○発症又は負傷の原因及びその経過			
施 術 内 容 欄	○業務上・外、第三者行為の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
	初療年月日		施術期間		実日数 請求区分	
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日 日 新規・継続	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸胸症候群 4. 五十肩			
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		転 帰			
	初検料		円			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					
	はり		円× 回= 円			
	きゅう		円× 回= 円			
	はり・きゅう併用		円× 回= 円			
電療料		円× 回= 円				
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
往療料		円× 回= 円				
4 km まで						
往療料		円× 回= 円				
4 km 以上						
費用額計		円				
施術日		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				
通院○ 往療◎						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
平成 年 月 日		住所				
免許証番号		はり師 氏名		◎ 電話		
免許証番号		きゅう師 氏名		◎ 電話		
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 住所		〒		
平成 年 月 日		氏名		◎ 電話		
支払区分		預金の種類		金融機関名		
1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店		
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店		
口座番号		口座番号		農協 出張所		
〒		郵便局				
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
				平成 年 月 日		
傷病名		要加療期間				

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日		○傷病名	
	(7桁)		年 月 日			
	療養を受けた者の氏名		○発症又は負傷の原因及びその経過			
施 術 内 容 欄	○業務上・外、第三者行為の有無		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
	初療年月日		施術期間		実日数 請求区分	
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日 日 新規・継続	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸胸症候群 4. 五十肩			
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		転 帰			
	初検料		円			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					
	はり		円× 回= 円			
	きゅう		円× 回= 円			
	はり・きゅう併用		円× 回= 円			
電療料		円× 回= 円				
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
往療料		円× 回= 円				
2 km まで						
往療料		円× 回= 円				
加算 (km)						
費用額計		円				
施術日		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				
通院○ 往療◎						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地		
平成 年 月 日		住所				
免許証番号		はり師 氏名		◎ 電話		
免許証番号		きゅう師 氏名		◎ 電話		
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 住所		〒		
平成 年 月 日		氏名		◎ 電話		
支払区分		預金の種類		金融機関名		
1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店		
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店		
口座番号		口座番号		農協 出張所		
〒		郵便局				
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
				平成 年 月 日		
傷病名		要加療期間				

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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ①

住所
代理人 氏名 ②

※ 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。

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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ①

住所
代理人 氏名 ②

※ 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。

(傍線部分は改正部分)

改正後

改正前

別添2 (別紙4)

別添2 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
(7桁)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
療養を受けた者の氏名		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	
傷病名又は症状		転 移		請 求 区 分	
マ ッ サ ー ジ		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
要 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢×		回= 円	
温 電 法		円×		回= 円	
温電法・電気光線器具		円×		回= 円	
往療料 <u>4km</u> まで		円×		回= 円	
往療料 <u>4km超</u>		円×		回= 円	
合 計				円	
施術日		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	
通院○ 往療◎					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
平成 年 月 日		住 所		氏名 ④ 電 話	
免許登録番号		あんまマッサージ指折師		氏名 ④ 電 話	
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		千 一	
平成 年 月 日		申請者 住 所		申請者 住 所	
氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)	
氏名 ④ 電 話		氏名 ④ 電 話		氏名 ④ 電 話	
支払区分		預金の種別		金融機関名	
1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		銀行 本店 支店 金庫 出張所 郵便 出張所	
口座名義		口座番号		郵便局	
カタカナで記入		カタカナで記入			
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
住 所		住 所		住 所	
平成 年 月 日		傷 病 名		要加療期間	
平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日	

○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
(7桁)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
療養を受けた者の氏名		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	
傷病名又は症状		転 移		請 求 区 分	
マ ッ サ ー ジ		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
要 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢×		回= 円	
温 電 法		円×		回= 円	
温電法・電気光線器具		円×		回= 円	
往療料 <u>2km</u> まで		円×		回= 円	
加 算 (<u>km</u>)		円×		回= 円	
合 計				円	
施術日		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	
通院○ 往療◎					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
平成 年 月 日		住 所		氏名 ④ 電 話	
免許登録番号		あんまマッサージ指折師		氏名 ④ 電 話	
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		千 一	
平成 年 月 日		申請者 住 所		申請者 住 所	
氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)	
氏名 ④ 電 話		氏名 ④ 電 話		氏名 ④ 電 話	
支払区分		預金の種別		金融機関名	
1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		銀行 本店 支店 金庫 出張所 郵便 出張所	
口座名義		口座番号		郵便局	
カタカナで記入		カタカナで記入			
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
住 所		住 所		住 所	
平成 年 月 日		傷 病 名		要加療期間	
平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ④
住所
代理人 氏名 ④

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。 平成 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 ④
住所
代理人 氏名 ④

※ 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。

※ 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)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日			○傷病名																									
						年 月 日																												
	(フリガナ)					続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過																									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					男 女			○業務上・外、第三者行為の有無																									
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																										
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分																								
	平成 年 月 日			自・平成 年 月 日～至・平成 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							円																										
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																	
	施 術 料	はり			円 × 回 =				円																									
		きゅう			円 × 回 =				円																									
		はり・きゅう併用			円 × 回 =				円																									
		電療料			円 × 回 =				円																									
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																		
往 療 料			4 km まで				円 × 回 =		円																									
往 療 料			4 km 超				円 × 回 =		円																									
費 用 額 計							円																											
施術日	通院○	往療◎	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
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																									
	平成 年 月 日					住 所																												
	免許登録番号 _____ はり師					氏 名			☎ 電 話																									
免許登録番号 _____ きゅう師																																		
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。					〒 _____																												
	平成 年 月 日					申請者 住 所			氏 名 ☎ 電話																									
支 払 機 関 欄	支払区分		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																								
☐ 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																								
					平成 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。 平成 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)

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	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日			○傷病名																								
					年 月 日																											
	(フリガナ)				続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過																								
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女				○業務上・外、第三者行為の有無			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																								
	明・大・昭・平 年 月 日生																															
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分																							
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続																							
	傷 病 名 又 は 症 状								転 帰																							
									継続・治癒・中止・転医																							
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×		回=	円	摘 要																								
			右 上 肢	円×		回=	円																									
			左 上 肢	円×		回=	円																									
			右 下 肢	円×		回=	円																									
			左 下 肢	円×		回=	円																									
	変 形 徒 手 矯 正 術			円×	肢×	回=	円																									
温 罨 法			円×		回=	円																										
温罨法・電気光線器具			円×		回=	円																										
往療料 <u>4km</u> まで			円×		回=	円																										
<u>往療料</u> <u>4km</u> 超			円×		回=	円																										
合 計						円																										
施術日 通院○ 往療◎	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
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																								
	平成 年 月 日 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名				住 所			☎ 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。				〒																											
	平成 年 月 日				申請者 住 所			☎ 電 話																								
支 払 機 関 欄	支払区分		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																								
☐ 座名義 カタカナで記入				☐ 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																						
					平成 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。 平成 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。