保発０５３１第２号
令和６年５月３１日

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

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については、「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に関する受領委任の取扱いについて」(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。以下「当該通知」という。）により取り扱われているところであるが、今般、当該通知の一部を下記のとおり改正し、令和６年10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。

○「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」「別添１　受領委任の取扱規程」　　新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

新	旧
別添１ 受領委任の取扱規程 第１章　総則　（略） 第２章　契約 ７～12　（略） （施術所の制限） 13　受領委任の取扱いは、11 により承諾された施術所（以下「承諾施術所」という。）において行われる施術（訪問及び往療を含む。）のみ認められること。 　施術管理者が承諾施術所以外の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、別途、７及び 10 の手続を経て、厚生（支）局長及び都道府県知事から、受領委任の取扱いの承諾を受ける必要があること。 14・15　（略） 第３章　保険施術の取扱い　（略） 第４章　療養費の請求 （申請書の作成） 24　施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げ	**別添１** 受領委任の取扱規程 第１章　総則　（略） 第２章　契約 ７～12　（略） （施術所の制限） 13　受領委任の取扱いは、11 により承諾された施術所（以下「承諾施術所」という。）において行われる施術（往療を含む。）のみ認められること。 　施術管理者が承諾施術所以外の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、別途、７及び 10 の手続を経て、厚生（支）局長及び都道府県知事から、受領委任の取扱いの承諾を受ける必要があること。 14・15　（略） 第３章　保険施術の取扱い　（略） 第４章　療養費の請求 （申請書の作成） 24　施術管理者は、保険者等に療養費を請求する場合は、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。 (1)～(6)　（略） (7) 施術管理者は、訪問施術料又は往療料を請求する申請書について、施術者が訪問又は往療した日付、同一日同一建物への訪問かどうか、同一日同一建物への訪問の場合に訪問施術料を算定しているか否か、施術者名、施術した場所及び訪問又は往療が必要な理由並びに要介護度が分かる場合は要介護度を申請書に記入すること。 (8)～(11)　（略） 25・26　（略） 第５章～第７章　（略） 第８章　指導・監査 39・40　（略） 41　保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、領収証の発行履歴や来院簿その他通院又は訪問若しくは往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。 42・43　（略）	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。 (1)～(6)　（略） (7) 施術管理者は、往療料を請求する申請書について、施術者が往療した日付、同一日同一建物への往療かどうか、同一日同一建物への往療の場合に往療料を算定しているか否か、施術者名、往療の起点、施術した場所及び往療が必要な理由並びに要介護度が分かる場合は要介護度を記入した様式第７号による往療内訳表を添付すること。 (8)～(11)　（略） 25・26　（略） 第５章～第７章　（略） 第８章　指導・監査 39・40　（略） 41　保険者等又は審査会は、療養費の請求内容に不正又は著しい不当があるかどうかを確認するために施術の事実等を確認する必要がある場合には、施術管理者に対して、領収証の発行履歴や来院簿その他通院又は往療の履歴が分かる資料（受領委任の契約に係る委任をしている保険者等に関するものに限る。）の提示及び閲覧を求めることができ、当該求めを受けた施術管理者はこれに応じる義務を負うこと。 42・43　（略）

第９章　長期・頻回な施術について（個々の患者ごとの支払方法の変更）　（略） 第 10 章　その他 47～49　（略） 50　（削除）	第９章　長期・頻回な施術について（個々の患者ごとの支払方法の変更）　（略） 第 10 章　その他 47～49　（略） （検討） 50　本規程については、施行後、以下の項目について検討し、その結果を踏まえ見直しが行われるものであること。 　施術管理者の登録を更新制とし、更新の際に研修受講を課す仕組みについて、現に施術を行っている施術所の施術者に対する影響や、新たに施術管理者となる者への研修の実施状況、さらに、施術者団体による自己研鑽のための研修の実施状況を踏まえながら、早期の導入に向けて、平成 33 年度中に結論を得るよう、検討する。

別添１（様式第１号～様式第４号）（略）

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（はり・きゅう（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	初検料		円
	施術料	通所（はり・きゅう・はり・きゅう併用）	円
		訪問施術料１（はり・きゅう・はり・きゅう併用）	円
		訪問施術料２（はり・きゅう・はり・きゅう併用）	円
		訪問施術料３（３人～９人）（はり・きゅう・はり・きゅう併用）	円
		訪問施術料３（10人以上）（はり・きゅう・はり・きゅう併用）	円
		電療料	円
		特別地域加算	円
	往療料		円
	施術報告書交付料		円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第１号～様式第４号）（略）

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（はり・きゅう（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	初検料		円
	施術料	はり	円
		きゅう	円
		はり・きゅう併用	円
		電療料	円
	往療料		円
	施術報告書交付料		円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	通所	円
	訪問施術料１	円
	訪問施術料２	円
	訪問施術料３（３人～９人）	円
	訪問施術料３（10人以上）	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温罨法	円
	温罨法・電気光線器具	円
	特別地域加算	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	円
合計		円
一部負担金		円
保険請求額		円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	マッサージ施術	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温罨法	円
	温罨法・電気光線器具	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	円
合計		円
一部負担金		円
保険請求額		円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書

（はり・きゅう（１か月分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　　月分

施術日数			日	
施術内容欄	初検料		回	円
	施術料	通所	回	円
		訪問施術料１	回	円
		訪問施術料２	回	円
		訪問施術料３（３人～９人）	回	円
		訪問施術料３（10人以上）	回	円
		電療料	回	円
		特別地域加算	回	円
	往療料		回	円
	施術報告書交付料		回	円
合計			円	
一部負担金			円	
保険請求額			円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書

（はり・きゅう（１か月分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　　月分

施術日数			日	
施術内容欄	初検料		回	円
	施術料	はり	回	円
		きゅう	回	円
		はり・きゅう併用	回	円
		電療料	回	円
	往療料		回	円
	施術報告書交付料		回	円
合計			円	
一部負担金			円	
保険請求額			円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１か月分）用）

様

年　　月分

施術日数	日

施術内容欄	通所	回	円
	訪問施術料１	回	円
	訪問施術料２	回	円
	訪問施術料３（３人～９人）	回	円
	訪問施術料３（10人以上）	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温電法	回	円
	温電法・電気光線器具	回	円
	特別地域加算	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
合計		円	
一部負担金		円	
保険請求額		円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１か月分）用）

様

年　　月分

施術日数	日

施術内容欄	マッサージ施術	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温電法	回	円
	温電法・電気光線器具	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
合計		円	
一部負担金		円	
保険請求額		円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名

別添１（様式第６号）

療養費支給申請書（　年　月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号		特記事項	1 社国　3 後高　2 公費　4 退職 / 2 本外　4 六外　6 家外　8 高外一　0 高外7
公費受給者番号			給付割合　8　9　10
区市町村番号		種別　05 鍼灸	
受給者番号		保険者番号	

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 年　月　日	○傷病名、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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平・令　年　月　日生	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（　　　）） ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄				
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（　）				転帰
				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
施術料　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			号	
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	
合計			円	
一部負担金（1割・2割・3割）			円	
請求額			円	

施術日　通所○　往療◎	施術1術　施術2術　施術3術	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

○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単独による外出困難　３．その他（　　））

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。　施術所登録区分　1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地

令和　年　月　日　　施術所　〒　－　所在地　名称

登録記号番号　　施術管理者　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

殿　　申請者（被保険者）　住所　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　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		

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（被保険者）　住所　氏名　　代理人　住所　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）に従い行われるものです。
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添１（様式第６号）

療養費支給申請書（　年　月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号		特記事項	1 社国　3 後高　2 公費　4 退職 / 2 本外　4 六外　6 家外　8 高外一　0 高外7
公費受給者番号			給付割合　8　9　10
区市町村番号		種別　05 鍼灸	
受給者番号		保険者番号	

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 年　月　日	○傷病名	
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平・令　年　月　日生	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過 ○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

施術内容欄				
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（　）				転帰
				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（1電気針　2電気温灸器　3電気光線器具）	円×	回＝	円	
往療料　4kmまで	円×	回＝	円	
往療料　4km超	円×	回＝	円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）	円×	回＝	円	
合計			円	
一部負担金（1割・2割・3割）			円	
請求額			円	

施術日　通所○　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。　施術所登録区分　1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地

令和　年　月　日　　施術所　所在地　名称

登録記号番号　　施術管理者　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

殿　　申請者（被保険者）　住所　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　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		

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（被保険者）　住所　氏名　　代理人　住所　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）に従い行われるものです。
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添１（様式第６号の２）

療養費支給申請書（　年　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公費負担者番号		給付割合 8・9・10
公費受給者番号		
区市町村番号		
受給者番号		保険者番号

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　年　月　日	**○傷病名、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（フリガナ） 男・女　明・大・昭・平・令　年　月　日生	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（　））**
		○施術した場所（入所施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄

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**及び**症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医

施術料	**マッサージ（施術料）**	**同意部位** (躯幹)(右上肢)(左上肢)(右下肢)(左下肢) / **施術回数** 回	摘要
	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	
	訪問施術料　３（10人以上）	円×　回＝　円	
	温罨法（加算）	円×　回＝　円	
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×　回＝　円	
	変形徒手矯正術（加算）※温罨法との併施は不可	**同意部位**（右上肢）（左上肢）（右下肢）（左下肢） / **施術回数** 回　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	
合計		円	
一部負担金（１割・２割・３割）		円	
請求額		円	

施術日　**訪問１②　訪問２③　訪問３④**（通所○、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

○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単独での外出困難　３．その他（　））

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。　保険医療機関コード　1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地

令和　年　月　日　登録記号番号　施術所　〒　所在地　名称　施術管理者　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　殿　申請者（被保険者）〒　住所　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　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

口座名義（フリガナ）　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		

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（被保険者）　住所　氏名　　代理人　住所　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）に従い行われるものです。
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添１（様式第６号の２）

療養費支給申請書（　年　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公費負担者番号		給付割合 8・9・10
公費受給者番号		
区市町村番号		
受給者番号		保険者番号

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　年　月　日	○傷病名
療養を受けた者の氏名（フリガナ） 男・女　明・大・昭・平・令　年　月　日生	続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過
		○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

施術内容欄

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
傷病名又は症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医

			摘要
マッサージ	躯幹	円×　回＝　円	
	右上肢	円×　回＝　円	
	左上肢	円×　回＝　円	
	右下肢	円×　回＝　円	
	左下肢	円×　回＝　円	
温罨法（加算）		円×　回＝　円	
温罨法・電気光線器具（加算）		円×　回＝　円	
変形徒手矯正術（加算）温罨法との併施は不可	右上肢	円×　回＝　円	
	左上肢	円×　回＝　円	
	右下肢	円×　回＝　円	
	左下肢	円×　回＝　円	
往療料　4km未満		円×　回＝　円	
往療料　4km超		円×　回＝　円	
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×　回＝　円	
合計		円	
一部負担金（1割・2割・3割）		円	
請求額		円	

施術日（施術○、往療◎、○印○）　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。　保険医療機関コード　1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地

令和　年　月　日　登録記号番号　施術所　所在地　名称　施術管理者　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　殿　申請者（被保険者）〒　住所　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　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

口座名義（フリガナ）　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		

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（被保険者）　住所　氏名　　代理人　住所　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）に従い行われるものです。
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

（削除）

別添１（様式第８号～様式第 11 号の２）（略）

別添１（様式第７号）

往療内訳表

月分　出張専門の施術者の場合（　）　（患者氏名：　　）

日付	同一日・同一建物記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

往療を必要とする理由　介護保険の要介護度　（　　）分かれば記載下さい

1．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難

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・同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。

・同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。

・往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。

・個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

・出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合（　）」に「○」を記入すること。

別添１（様式第８号～様式第 11 号の２）（略）

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（はり・きゅう（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	初検料		円
	施術料	通所 （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	円
		訪問施術料１ （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	円
		訪問施術料２ （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	円
		訪問施術料３（３人～９人） （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	円
		訪問施術料３（10 人以上） （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	円
		電療料	円
		特別地域加算	円
	往療料		円
	施術報告書交付料		円
合計			円
一部負担金			円
保険請求額			円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１日分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

施術内容欄	通所	円
	訪問施術料１	円
	訪問施術料２	円
	訪問施術料３（３人～９人）	円
	訪問施術料３（10 人以上）	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温罨法	円
	温罨法・電気光線器具	円
	特別地域加算	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	円
合計		円
一部負担金		円
保険請求額		円

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書

（はり・きゅう（１か月分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　　月分

施術日数	日

施術内容欄	初検料		回	円
	施術料	通所 （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	回	円
		訪問施術料１ （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	回	円
		訪問施術料２ （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	回	円
		訪問施術料３（３人～９人） （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	回	円
		訪問施術料３（10 人以上） （1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）	回	円
		電療料	回	円
		特別地域加算	回	円
	往療料		回	円
	施術報告書交付料		回	円
合計			円	
一部負担金			円	
保険請求額			円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第５号の２）

一部負担金明細書
（あんま・マッサージ（１か月分）用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　　月分

施術日数	日

施術内容欄	通所	回	円
	訪問施術料１	回	円
	訪問施術料２	回	円
	訪問施術料３（３人～９人）	回	円
	訪問施術料３（10 人以上）	回	円
	変形徒手矯正術施術	回	円
	温罨法	回	円
	温罨法・電気光線器具	回	円
	特別地域加算	回	円
	往療料	回	円
	施術報告書交付料	回	円
合計		円	
一部負担金		円	
保険請求額		円	

年　　月　　日

施術所名

住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１（様式第６号）

療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号									特記事項		1 社国　3 後高 2 公費　4 退職	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7	給付割合																			
公費受給者番号														8	9	10																		
区市町村番号											種類	05 鍼灸																						
受給者番号									保険者番号																									

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、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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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（　　））	
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）	

施術内容欄				
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	
施術料 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	号			
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	
合計	円			
一部負担金（1割・2割・3割）	円			
請求額	円			

施術日	訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○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（　　））

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	施術所	〒　－ 所在地
登録記号番号		名称
	施術管理者	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	住所
殿	申請者（被保険者） 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　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　本店 金庫　支店 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		

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　　代理人　住所

（被保険者）　氏名　　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）に従い行われるものです。
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

別添１（様式第６号の２）

療 養 費 支 給 申 請 書（　　年　　月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号								
公 費 受 給 者 番 号								
区 市 町 村 番 号								
受 給 者 番 号								

特記事項

	1 社国　3 後高	2 本外　4 六外　8 高外一
	2 公費　4 退職	6 家外　0 高外7

種類	04 マ

給付割合		
8	9	10

保 険 者 番 号								

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、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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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（　　　　　））
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		**○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）**

施術内容欄

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
傷病名及び症状			転帰
			継続・治癒・中止・転医

施術料							摘要
マッサージ（施術料）	**同意部位**	**（躯幹）**	**（右上肢）**	**（左上肢）**	**（右下肢）**	**（左下肢）**	
	施術回数	**回**	**回**	**回**	**回**	**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						
訪問施術料　３（10人以上）	円×　回＝　円						
温　罨　法（加　算）	円×　回＝　円						
温罨法・電機光線器具（加　算）	円×　回＝　円						
変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	**同意部位**	**（右上肢）**	**（左上肢）**	**（右下肢）**	**（左下肢）**		
	施術回数	**回**	**回**	**回**	**回**		
	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						
合　　計	円						
一部負担金（１ 割 ・ ２ 割 ・ ３ 割）	円						
請　求　額	円						

施術日 通所○ 往療◎	**訪問１① 訪問２② 訪問３③**	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

○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（　　　　　））

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

登録記号番号

施術所　〒　－　所在地

名　称

施術管理者　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

殿

申請者（被保険者）　〒　－　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
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 金庫 支店 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		

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　　　代理人　住所

（被保険者）　氏名　　　氏名

※　この給付金の受領の代理人への委任は、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）**に従い行われるものです。**
※　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）場合に署名してください。
※　ただし、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、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。