

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		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		○業務上・外、第三者行為の有無	
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 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		転 帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )		継続・治療・中止・転医			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	
	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=	
	往療料		4 km まで		円× 回=	
往療料		4 km 超過		円× 回=		
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		氏名 電話番号		
免許証番号		はり師		氏名 電話番号		
免許証番号		きゅう師		氏名 電話番号		
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 (被保険者) 氏名 電話番号		
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		
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						

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		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		○業務上・外、第三者行為の有無	
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 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		転 帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )		継続・治療・中止・転医			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	
	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=	
	往療料		2 km まで		円× 回=	
往療料		2 km 超過		円× 回=		
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		氏名 電話番号		
免許証番号		はり師		氏名 電話番号		
免許証番号		きゅう師		氏名 電話番号		
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 (被保険者) 氏名 電話番号		
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		
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 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	
		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
マ ッ サ ー ジ		脈 診 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 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◎					
施術証明		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			
申請		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		申請者 住所		〒	
氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)		④ 電話	
支払機関		支払区分		預金の種別	
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		金融機関名	
口座名義 カタカナで記入		口座番号		銀行 本店	
同意医師の氏名		住所		金庫 支店	
同意年月日		傷病名		郵便 出張所	
平成 年 月 日		要加療期間			

○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	
		継続・治療・中止・転医		新 規 ・ 継 続	
マ ッ サ ー ジ		脈 診 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 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◎					
施術証明		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			
申請		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		申請者 住所		〒	
氏名 (被保険者)		氏名 (被保険者)		④ 電話	
支払機関		支払区分		預金の種別	
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		金融機関名	
口座名義 カタカナで記入		口座番号		銀行 本店	
同意医師の氏名		住所		金庫 支店	
同意年月日		傷病名		郵便 出張所	
平成 年 月 日		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 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。