

令和 4 年 5 月 27 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）

「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

「柔道整復師の施術に係る療養費について」（平成 22 年 5 月 24 日付け保発 0524 第 2 号厚生労働省保険局長通知）について、施術内容の透明化や患者への情報提供を推進するとともに、業界の健全な発展を図る観点から、明細書の患者への交付を義務化するため、その一部を別紙のとおり改正し、令和 4 年 10 月 1 日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、令和 4 年 10 月 1 日以降新たに受領委任の取扱いの届出又は申出をした者については、改正後の本通知を適用する。令和 4 年 9 月 30 日までに既に受領委任の取扱いに係る協定又は契約を締結済みの者については、特段の意思表示がない限り、改正後の協定又は契約を締結したものとみなして、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。

ただし、改正前の別添 1 別紙の様式第 5 号及び別添 2 の様式第 5 号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用できることとする。

「柔道整復師の施術に係る療養費について」(平成 22 年 5 月 24 日付け保発 0524 第 2 号)

○別添 1 別紙の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
別紙 第 1 章・第 2 章 (略) 第 3 章 保険施術の取扱い 16～19 (略) (領収証及び明細書の交付) 20 丁は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、領収証を無償で交付すること。 <u>また、明細書発行機能が付与されているレセプトコンピュータを使用している施術所であって、常勤職員(柔道整復師に限らず、事務職員等も含む。)が3人以上である施術所においては、丁は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付すること。これに該当しない施術所においては、丁は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付すること。</u> 21～25 (略) 第 4 章～第 10 章 (略)	別紙 第 1 章・第 2 章 (略) 第 3 章 保険施術の取扱い 16～19 (略) (領収証の交付) 20 丁は、患者から一部負担金の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、領収証を無償で交付するとともに、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、 <u>当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付すること。</u> 21～25 (略) 第 4 章～第 10 章 (略)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

郵送用番号	施術機関コード
保険者番号	

公費負担番号①	公費負担医療の受給番号①	保険種別	1.国	2.都	3.共	4.国民健康保険	5.老人保健	6.介護保険	7.労災	8.その他	9.その他	10.その他
公費負担番号②	公費負担医療の受給番号②	保険種別	1.国	2.都	3.共	4.国民健康保険	5.老人保健	6.介護保険	7.労災	8.その他	9.その他	10.その他

被保険者 氏名 _____ 住所 _____
 世帯主・組合員の受給者 住所 _____

療養を受けた者の氏名	生年月日	性別	1男	2女	3給	4平	5年
療養を受けた者の氏名	生年月日	性別	1男	2女	3給	4平	5年
治療名	治療年月日	初療年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転 入	備 考
(1)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(2)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(3)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(4)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(5)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医

経過 請求区分 新規・継続
 施術日 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

初療料	円	初療時相談	円	往療料	km	金庫副子等	円	施術報酬	円	加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)	円	再療料	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	計	円

診療料・固定料・施術料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	経過	経過開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多量	計	長期	計
%	%	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円
(1)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(2)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(3)	80	---	---	---	---	---	0.6	---	---	---	---
(4)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(5)	80	---	---	---	---	---	0.6	---	---	---	---
(6)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

金庫副子等	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	計	円
金庫副子等	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	計	円

金庫副子等加算料 1:項目 2:項目 3:項目 4:項目 5:項目 6:項目 7:項目 8:項目 9:項目 10:項目 11:項目 12:項目 13:項目 14:項目 15:項目 16:項目 17:項目 18:項目 19:項目 20:項目 21:項目 22:項目 23:項目 24:項目 25:項目 26:項目 27:項目 28:項目 29:項目 30:項目 31:項目

上記のとおり施術したことを証明します。
 令和 年 月 日
 所在地 〒 _____
 施術所名称 _____
 電話番号 _____
 代表者氏名 _____
 代表者印 _____

上記請求に基づき(給付金の受領方を左記の者に委任します。
 令和 年 月 日
 住所(上記住所欄と同じ) _____
 被保険者 _____
 世帯主 _____
 組合員 _____
 受給者 _____
 氏名 _____

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理人の上、印刷してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

郵送用番号	施術機関コード
保険者番号	

公費負担番号①	公費負担医療の受給番号①	保険種別	1.国	2.都	3.共	4.国民健康保険	5.老人保健	6.介護保険	7.労災	8.その他	9.その他	10.その他
公費負担番号②	公費負担医療の受給番号②	保険種別	1.国	2.都	3.共	4.国民健康保険	5.老人保健	6.介護保険	7.労災	8.その他	9.その他	10.その他

被保険者 氏名 _____ 住所 _____
 世帯主・組合員の受給者 住所 _____

療養を受けた者の氏名	生年月日	性別	1男	2女	3給	4平	5年
療養を受けた者の氏名	生年月日	性別	1男	2女	3給	4平	5年
治療名	治療年月日	初療年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転 入	備 考
(1)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(2)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(3)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(4)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医
(5)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医

経過 請求区分 新規・継続
 施術日 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

初療料	円	初療時相談	円	往療料	km	金庫副子等	円	施術報酬	円	加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)	円	再療料	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	加算(夜間・朝・昼・夜)	円	計	円

診療料・固定料・施術料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	経過	経過開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多量	計	長期	計
%	%	月 日	円	円	円	円	円	円	円	円	円
(1)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(2)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(3)	80	---	---	---	---	---	0.6	---	---	---	---
(4)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(5)	80	---	---	---	---	---	0.6	---	---	---	---
(6)	100	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

金庫副子等	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	計	円
金庫副子等	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	加算料	円	計	円

金庫副子等加算料 1:項目 2:項目 3:項目 4:項目 5:項目 6:項目 7:項目 8:項目 9:項目 10:項目 11:項目 12:項目 13:項目 14:項目 15:項目 16:項目 17:項目 18:項目 19:項目 20:項目 21:項目 22:項目 23:項目 24:項目 25:項目 26:項目 27:項目 28:項目 29:項目 30:項目 31:項目

上記のとおり施術したことを証明します。
 令和 年 月 日
 所在地 〒 _____
 施術所名称 _____
 電話番号 _____
 代表者氏名 _____
 代表者印 _____

上記請求に基づき(給付金の受領方を左記の者に委任します。
 令和 年 月 日
 住所(上記住所欄と同じ) _____
 被保険者 _____
 世帯主 _____
 組合員 _____
 受給者 _____
 氏名 _____

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理人の上、印刷してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

○別添2の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改正後	改正前
<p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p>	<p style="text-align: center;">受領委任の取扱規程</p>
<p>第1章・第2章 (略)</p>	<p>第1章・第2章 (略)</p>
<p>第3章 保険施術の取扱い</p>	<p>第3章 保険施術の取扱い</p>
<p>16～19 (略)</p>	<p>16～19 (略)</p>
<p>(領収証及び明細書の交付)</p>	<p>(領収証の交付)</p>
<p>20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、<u>正当な理由がない限り、領収証を無償で交付すること。</u></p>	<p>20 施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、<u>正当な理由がない限り、領収証を無償で交付するとともに、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付すること。</u></p>
<p><u>また、明細書発行機能が付与されているレセプトコンピュータを使用している施術所であって、常勤職員（柔道整復師に限らず、事務職員等も含む。）が3人以上である施術所においては、施術管理者は、患者から一部負担金の支払いを受けるときは、正当な理由がない限り、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付すること。これに該当しない施術所においては、施術管理者は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、当該一部負担金の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付すること。</u></p>	
<p>21～25 (略)</p>	<p>21～25 (略)</p>
<p>第4章～第10章 (略)</p>	<p>第4章～第10章 (略)</p>

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

配達済番号 補償欄コード

保険者番号

記号・番号

Header information table with columns for insurance numbers and codes.

被保険者 氏名 住所 世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生年月日 性別の欄

Table for treatment details with columns for name, date, and status.

経過 請求区分 新規・継続

施術日 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

Table for charges including initial, additional, and treatment fees.

整復料・固定料・治療料 (1) (2) (3) (4) (5) 計

Table for percentages and amounts for various treatment items.

概要 合計 一部負担金 請求金額

全額返付金 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動 加算日

支払区分 振込口座 振込口座 振込口座

上記のとおり証明したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 〒

施設名称 電話番号 フリーダイヤル 監督氏名

備考 この用紙は、A列4冊とすること。 (※は保険者使用欄)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

配達済番号 補償欄コード

保険者番号

記号・番号

Header information table with columns for insurance numbers and codes.

被保険者 氏名 住所 世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生年月日 性別の欄

Table for treatment details with columns for name, date, and status.

経過 請求区分 新規・継続

施術日 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

Table for charges including initial, additional, and treatment fees.

整復料・固定料・治療料 (1) (2) (3) (4) (5) 計

Table for percentages and amounts for various treatment items.

概要 合計 一部負担金 請求金額

全額返付金 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動 加算日

支払区分 振込口座 振込口座 振込口座

上記のとおり証明したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地 〒

施設名称 電話番号 フリーダイヤル 監督氏名

備考 この用紙は、A列4冊とすること。 (※は保険者使用欄)