

保 発 1 1 2 9 第 3 号
平成 2 2 年 1 1 月 2 9 日

都 道 府 県 知 事 }
地方厚生（支）局長 } 殿

厚生労働省保険局長

「柔道整復師の施術に係る療養費について（通知）」の一部改正について

標記については、平成 2 2 年 5 月 2 4 日付保発 0524 第 2 号通知により実施しているところであるが、別添 1 別紙及び別添 2 のそれぞれの第 4 章 2 3（6）の改定が平成 2 3 年 1 月 1 日の施術分から実施されることに伴い、別添 1 別紙及び別添 2 の柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）の様式第 5 号を下記のとおり改めた。

平成 2 3 年 1 月 1 日以降の申請書は、審査の効率化及び適正支給の迅速化等に資するため、当該様式により扱うこととしたので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、その実施に遺漏のないよう御配慮願いたい。

記

別添 1 別紙第 4 章 2 3（1）及び別添 2 第 4 章 2 3（1）中「又はそれに準ずる様式」を削り、別添 1 別紙の申請書の様式第 5 号及び別添 2 の申請書の様式第 5 号を次のとおり改める。

なお、平成 2 3 年 6 月 3 0 日までの間、従来の様式を取り繕って使用できることとする。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月分

都道府県番号	01	施術機関コード	
--------	----	---------	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号	
-------	--

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険種別	1.協	2.組	3.共	単併区分	1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	2.本人	4.六歳	6.家族	8.高一	0.高7	給付割合	10・9	8・7
------	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

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

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男	1明2大	
2女	3昭4平 年 月 日	

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(1)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(2)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(3)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(4)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(5)	・	・	・	・		治癒・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
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

初検料 円	初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円	計 円

整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	-----

部位	通減%	通減開始月日	後療料 円 回	冷罨法料 円 回	温罨法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	—						—	—
(2)	100	—						—	—
(3)	70	—						0.7	
	100							—	—
(4)	70							0.7	
	100							—	—

摘要	合計									円
	一部負担金									円
	請求金額									円
	※									円

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	口座名称	
2:銀行送金	2:当座	金庫	口座番号	
3:当地払	3:通知	農協		
	4:別段			

施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。 平成 年 月 日 所在地〒 施術所名称 電話 柔道 フリガナ 整復師氏名	受取代理人の欄	上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 平成 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
-------	--	---------	--

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

新旧対照表

新	旧
<p>別添1別紙</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>23 丁は、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柔道整復 施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に 努めること。</p> <p>(1) 申請書の様式は、様式第5号とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～44 略</p>	<p>別添1別紙</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>23 丁は、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柔道整復 施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に 努めること。</p> <p>(1) 申請書の様式は、様式第5号又はそれに準ずる様式とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～44 略</p>
<p>別添2</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>23 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 柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。</p> <p>(1) 申請書の様式は、様式第5号とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～42 略</p>	<p>別添2</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>第1章～第3章 略</p> <p>第4章 療養費の請求</p> <p>(申請書の作成)</p> <p>23 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 柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。</p> <p>(1) 申請書の様式は、様式第5号又はそれに準ずる様式とすること。</p> <p>(2)～(6) 略</p> <p>24～42 略</p>

(参考)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

01~47

都道府県番号 01 施術機関コード

保険者番号

国保使用欄 (コードが整備された場合に使用)

記号・番号

1.協	2.組	3.共	単併区分	1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	2.本人	4.六歳	6.家族	8.高一	0.高7	給付割合	10・9	8・7
4.国	5.共済	6.後期													

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②
----------	---------------	----------	---------------

被保険者氏名	世帯主・組合員の受給者住所	氏名	住所
--------	---------------	----	----

共済組合の場合に使用

診療報酬明細書 (レセプト) 様式に合わせて変更

国保使用欄

負傷原因が書きやすいよう、従来より大きいスペースを確保

このスペースは、各都道府県の公費医療助成用 (市町村・受給者番号等) 欄に使用。

新規追加欄 (経過期間中 (6ヶ月程度を見込む予定) は、摘要欄に施術日を直接記載するなど、施術日が確認できるようにすることで可)

療養を受けた者の氏名	生年	日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による	年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
1男	1明	2大						治癒・中止・転医
2女	3昭	4平						治癒・中止・転医
負傷名	負傷年月	年月日						
(1)								治癒・中止・転医
(2)								治癒・中止・転医
(3)								治癒・中止・転医
(4)								治癒・中止・転医
(5)								治癒・中止・転医
経過							請求区分	新規・継続

の	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
---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

初検料	円	初検時相談支援料	円	再検料	円	往療料	km	回	円	金属副子等加算(大・中・小)	円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	施術情報提供料	円								

整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	通減%	通減開始月	通減開始日	後療料	円	回	円	冷罨法料	円	回	温罨法料	円	回	電療料	円	回	計	円	多部位	計	円	長期	計	円
(1)	100																							
(2)	100																							
(3)	70																		0.7					
(4)	70																		0.7					
	100																							

改定毎に様式の変更が伴わないよう金額を削除

(4)算定欄は、(1)~(3)病が治癒した場合の繰り上がり算定の場合使用

療養費の受領を再委任する場合は 施術証明欄のスペースに例示に準じて記載

合計	円
一部負担金	円
請求金額	円
※	円

保険者使用欄

支払区分	1:振込	2:銀行送金	3:当地払	預金の種類	1:普通	2:当座	3:通知	4:別段	金融機関	銀行	金庫	農協	フリガナ	本店	支店	本・支所	フリガナ	口座	名称	口座	番号	登録記号番号	登録記号番号がわかりやすいよう別枠を設置
------	------	--------	-------	-------	------	------	------	------	------	----	----	----	------	----	----	------	------	----	----	----	----	--------	----------------------

施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。	平成 年 月 日	所在地〒	施術所名称	電話	柔道 整復師 氏名	フリガナ	また、療養費の受領を〇〇〇〇〇〇会 〇〇〇〇会長 (〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇号) に委任します。	受取代理人の欄	平成 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	高齢者の使用に配慮し、氏名スペースを大きく確保。
								(注) 任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記入									

変更不可

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、押印してください。