

保発0304第3号
令和2年3月4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。以下「当通知」という。）により取り扱われているところであるが、今般、「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受領委任を取り扱う施術管理者の要件について」（令和2年3月4日保発0304第1号）を発出したこと等に伴い、当通知の一部を下記のとおり改正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 当通知の別添1の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>別添 1</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>(受領委任の承諾)</p> <p>11 厚生(支)局長及び都道府県知事は、10の申出を行った施術管理者について、次の(1)から<u>(14)</u>の事項に該当する場合を除き、受領委任の取扱いを承諾すること。また、その場合は、様式第3号により、承諾された当該施術管理者に承諾した旨を通知すること。</p> <p>受領委任の取扱いが承諾された後において、次の(1)から<u>(14)</u>の事項に該当することが判明した場合、当該承諾は無効であること。</p> <p>なお、次の(1)から(3)及び(5)の中止については、はり師、きゅう師又はあん摩マッサージ指圧師のうち、いずれに係るものであるかは問わないこと。</p> <p>(1)～(11) (略)</p> <p><u>(12) 令和3年1月1日以降に10の申出を行った施術管理者について、「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受領委任を取り扱う施術管理者の要件について」(令和2年3月4日保発 0304 第1号厚生労働省保険局長通知)による実務に従事した経験を一年以上有しないとき。</u></p> <p><u>(13) 令和3年1月1日以降に10の申出を行った施術管理者について、(12)の通知による研修の課程を修了していないとき。</u></p> <p><u>(14) (略)</u></p>	<p>別添 1</p> <p>受領委任の取扱規程</p> <p>(受領委任の承諾)</p> <p>11 厚生(支)局長及び都道府県知事は、10の申出を行った施術管理者について、次の(1)から<u>(12)</u>の事項に該当する場合を除き、受領委任の取扱いを承諾すること。また、その場合は、様式第3号により、承諾された当該施術管理者に承諾した旨を通知すること。</p> <p>受領委任の取扱いが承諾された後において、次の(1)から<u>(12)</u>の事項に該当することが判明した場合、当該承諾は無効であること。</p> <p>なお、次の(1)から(3)及び(5)の中止については、はり師、きゅう師又はあん摩マッサージ指圧師のうち、いずれに係るものであるかは問わないこと。</p> <p>(1)～(11) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(12) (略)</u></p>

(検討)

47 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。

(1) (略)

(削除)

(2) (略)

(検討)

47 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。

(1) (略)

(2) 新たに施術管理者となる者に研修受講等の適切な要件を課す仕組みについて、平成 32 年 4 月までの実施を目指して、検討する。

(3) (略)

2 当通知の別添1の様式第1号、様式第1号の2、様式第1号の3、様式第2号、
【様式第2号・様式第2号の2の注意事項】、様式第3号、様式第4号、様式第5
号の2、様式第6号、様式第6号の2、様式第8号、様式第9号及び様式第10号
を次の各様式のように改める。なお、当分の間、従来の様式を使用できることとする。

(参考) 各様式の変更内容

- (様式第1号) 6行目の「平成」を「令和」に変更
- (様式第1号の2) 2行目及び10行目の「平成」を「令和」に変更
- (様式第1号の3) 2行目、8行目及び12行目の「平成」を「令和」に変更
- (様式第2号) 下から5行目の「平成」を「令和」に変更。「電話番号」欄及び「(備考)」欄にウェブページへの掲載に関する記載の追加。「電話番号」欄の下の欄の「(12)」を「(14)」に修正
- 【様式第2号・様式第2号の2の注意事項】の(様式第2号)に項番12を追加
- (様式第3号) 表の下1行目及び3行目の「平成」を「令和」に変更
- (様式第4号) 表の「変更内容」欄の「平成」及び表の下2行目の「平成」を「令和」に変更。「備考」欄の文言を一部修正
- (様式第5号の2) 2行目の「(はり・きゅう(1月分)用)」及び「(あんま・マッサージ(1月分)用)」の「1月分」を「1か月分」に変更
- (様式第6号) 及び(様式第6号の2)
 - ・一番上、右から2番目の欄の「2本外、4三外、6家外、8高外9、0高外8」を「2本外、4六外、6家外、8高外一、0高外7」に変更
 - ・「被保険者欄」の生年月日記載欄の「明・大・昭・平」を「明・大・昭・平・令」に変更
 - ・「初療年月日」欄の「平成」を「()」に変更
 - ・「施術期間」欄の「自・平成」及び「至・平成」の「平成」を「令和」に変更
 - ・「施術証明欄」の「平成」を「令和」に変更し、「(又は申し出た施術者登録番号)」の「又は」を削除
 - ・「申請欄」の「平成」を「令和」に変更
 - ・「同意年月日」欄の「平成」を「令和」に変更
 - ・一番下の代理人委任欄の「平成」を「令和」に変更
- (様式第8号) 及び(様式第9号) 1行目の「平成」を「令和」に変更
- (様式第10号) 6行目の「平成」を「令和」に変更

確 約 書

〇〇（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知別添1、その後の変更及び改訂等を含む。）を遵守することを確約します。

令和 年 月 日

〇 〇 厚 生 （ 支 ） 局 長
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事
〇 〇 〇 〇

氏 名 印

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所 _____	

〔 この確約書は、地方厚生(支)局（地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所）へ提出してください。 〕

施術管理者選任等証明

令和〇年〇月〇日に、〇〇（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た〇〇〇〇については、施術所の開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担することを確認しました。

令和 年 月 日

〇 〇 厚 生 (支) 局 長
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事
〇 〇 〇 〇

開 設 者 印

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所	

この書類は、開設者（個人）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

施術管理者選任等証明

令和〇年〇月〇日に、〇〇（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た〇〇〇〇は、開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担し、令和〇年〇月〇日に申出された施術所が、同規程に基づく受領委任の契約の当事者として第 2 章 8 及び 9 その他の本規程に定める施術所としての義務及び責任を負担することを確認しました。

令和 年 月 日

〇 〇 厚 生 (支) 局 長
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事
〇 〇 〇 〇

開設者（法人等名・代表者の役職・氏名）

印

法人等の所在地 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所	

この書類は、開設者（法人等）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者（法人等の代表者）が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

療養費の種類		はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>	
施術管理者 (他の施術所の 施術管理者) <input type="checkbox"/>	第1	ふりがな	生年月日	目が見えない者	
		氏名	() 年 月 日生	<input type="checkbox"/>	
		免許 交付者名	はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
		番号	第 () 号	第 () 号	第 () 号
		年月日	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
		中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
		勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		〇〇厚生(支)局
		所属団体	<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人日本盲人会連合 <input type="checkbox"/> その他(、ふりがな)		施術者登録番号(左記4団体会員)
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな			電話番号	
	名称			※ウェブページへの掲載(可・否)	
	所在地	〒		受領委任の取扱規程11(1)～(14) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
開設者 個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな			生年月日	
	氏名			() 年 月 日生	
	住所	〒		電話番号	
(備考)					
※施術所情報のウェブページへの掲載(可・否)(否の場合の理由:)					

上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。

令和 年 月 日

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇 殿

氏名 〇〇〇〇 印

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇 殿

〒 - 住所 TEL. - -

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

【様式第2号・様式第2号の2の注意事項】

(様式第2号)

- 1 「療養費の種類」欄は、療養費の受領委任を取り扱う施術の種類をチェックすること。(施術管理者の「免許」欄にチェックのあるものに限る。)
 - 2 保健所に届け出た施術所開設(変更)届の副本の写し、施術管理者(予定者)の免許証の写し及び確約書(様式第1号)を添付すること。
 - 3 施術管理者が別の申出で施術管理者(出張専門施術者の場合を含む。)として申し出ている場合、「施術管理者」欄の(他の施術所の施術管理者)にチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
 - 4 施術管理者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。
 - 5 「所属団体」欄は、所属する団体がある場合に記載すること。また、「施術者登録番号」欄は、施術管理者が公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連合の会員である場合に当該会員の施術者登録番号を記載すること。
 - 6 施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合、「施術所」欄の(複数の施術管理者)にチェックすること。
 - 7 専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出た場合、「施術所」欄の(出張専門)にチェックすること。その場合、「開設者」の各欄の記載は不要であること。また、施術所の「名称」欄には「同上」と記載し、「所在地」欄には自らが待機等する一つの拠点(出張の起点であり、自宅の住所)を記載し、住民票を添付すること。
なお、出張専門施術者が別の申出で施術管理者又は勤務する施術者として申し出ている場合、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
 - 8 開設者(個人)と施術管理者が同一人の場合、開設者の「氏名」欄に「同上」と記載し、「生年月日」「住所」「電話番号」欄の記載は必要ないこと。
 - 9 開設者(個人)と施術管理者が別人の場合、開設者の各欄を記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の2)を添付すること。
 - 10 開設者が法人等の場合、開設者の「氏名」欄は法人等名・代表者の役職・氏名、「生年月日」欄は代表者のもの、「住所」、「電話番号」欄は法人のものを記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の3)を添付すること。
 - 11 様式の最下部の申出者の氏名・印・住所・電話番号は、「施術管理者」欄に記載した施術者(施術管理者の予定者)のものを記載すること。
 - 12 令和3年1月1日以降に申出を行う場合、「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受領委任を取り扱う施術管理者の要件について」(令和2年3月4日保発0304第1号厚生労働省保険局長通知)による実務経験を確認できる書類(「実務経験期間証明書」の写し又は「承諾通知」の写し等)及び研修修了を確認できる書類(「施術管理者研修修了証」の写し)を添付すること。
- ※ 施術所の名称・所在地、開設者(個人)の氏名・住所(法人の場合は名称・所在地)、施術管理者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。

(様式第2号の2)

- 1 施術所に勤務する他の施術者は、署名押印をすること。
 - 2 施術所に勤務する他の施術者の免許証の写しを添付すること。
ただし、様式第4号による申出事項の変更で勤務する他の施術者を追加する場合は、当該施術者の免許証の写しを添付すること。
 - 3 施術者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。
- ※ 施術者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。

療養費の受領委任の取扱いの承諾について

施術管理者氏名		
療養費の種類		
施術所	名称	
	所在地	
備考		

令和 年 月 日付で申出のあった標記の件について、これを承諾したので通知します。

登録記号番号 ○○○○○○○○-○-○

承諾年月日 令和 年 月 日

○ ○ ○ ○ 殿

○ ○ 厚生（支）局長 ○ ○ ○ ○ 印

○ ○ 都道府県知事 ○ ○ ○ ○ 印

（補足）登録記号番号の内訳について ①②③④⑤⑥⑦⑧-⑨-⑩

- ①②は、都道府県コードとする。（統計に用いる都道府県等の区域を示す標準コードとする。）
- ③～⑧は、施術者毎の番号とする。
- ⑨は、施術管理者が他の申出で施術管理者（出張専門の場合を含む。）として申し出ており、複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合、新たな施術所に枝番号（1～）を付すものとし、それ以外は「0」とする。
- ⑩は、受領委任を取り扱う療養費の種類が「はり・きゅう・マッサージ」の場合は「0」、「はり・きゅう」の場合は「1」、「マッサージ」の場合は「2」、「はり」の場合は「3」、「きゅう」の場合は「4」、「はり・マッサージ」の場合は「5」、「きゅう・マッサージ」の場合は「6」とする。

療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

施術管理者	登録記号番号	
	氏名	
	施術所名	(電話番号: ())
	開設者氏名	
変更内容	(変更年月日: 令和 年 月 日)	
理由等		
備考	変更に伴う当初申出時における受領委任の取扱規程 1 1 (1) ~ (14) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

令和 年 月 日

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇

殿

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇

氏名 印

〒 - TEL. -

住所

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあつては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(注) 受領委任の施術管理者が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該施術者との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の施術者を追加する場合は、様式第 2 号の 2 及び当該施術者の免許証の写しを添付すること。

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

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
	温罨法	回	円
	温罨法・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

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 2 公費	3 後高 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		
			年 月 日				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
男・女			○業務上・外、第三者行為の有無				
	明・大・昭・平・令 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	
	() 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	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		
	令和 年 月 日	施術所 所在地		名称	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	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		
	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	
					令和 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。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 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。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ 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。

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, 2 公費, 3 後高, 4 退職, 5 本外, 6 家外, 7 高外, 8 高外, 9 高外, 10 高外, 給付割合, 種類, 04 マ

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, 療養を受けた者の氏名, 性別, 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, 傷病名又は症状, マッサージ, 変形徒手矯正術, 温電法, 温電法・電気光線器具, 往療料 4 km まで, 往療料 4 km 超, 施術報告書交付料, 合計, 一部負担金 (1 割・2 割・3 割), 請求額

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。令和 年 月 日, 施術所所在地, 施術管理者氏名, 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地, 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, 申請者住所 (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

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 (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。
※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ 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。

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (I)

(請求者) 登録記号番号 — —
施 術 管 理 者
施 術 所 名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						
(通信欄)						

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

令和 年 月分
療養費支給申請総括票 (II)

保険者名 : _____ 殿

(請求者) 登録記号番号 _____
 施術管理者 _____
 施術所名 _____

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円	円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※誤算	本人				
	家族				
※増減	本人				
	家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者： _____ 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険者名：

所在地：

氏名 (受療者)	記号 番号	区分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)

3 当通知の別添2の別紙3、別紙3の2、別紙4及び別紙4の2を次のように改める。

(参考) 別紙の変更内容

- (別紙3) 及び (別紙3の2) 4行目及び10行目の「平成」を「令和」に変更
- (別紙4) 及び (別紙4の2) 1行目の「平成」を「令和」に変更

委 任 状

「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号通知）に基づき、令和〇年〇月〇日より、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受領委任の契約に係る委任をいたします。

なお、当方が保有する支給申請書等、同通知別添1の取扱規程に基づき地方厚生（支）局及び都道府県が実施する指導・監査に関し必要な情報については提供いたします。

令和 年 月 日

健康保険組合連合会会長 殿

〇〇健康保険組合〇〇長 印

委 任 状

「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号通知）に基づき、令和〇年〇月〇日より、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受領委任の契約に係る委任をいたします。

なお、当方が保有する支給申請書等、同通知別添1の取扱規程に基づき地方厚生（支）局及び都道府県が実施する指導・監査に関し必要な情報については提供いたします。

令和 年 月 日

国民健康保険中央会理事長 殿

〇〇長 印

別添2（別紙4）

令和 年 月 日

〇〇厚生（支）局長 殿

健康保険組合連合会会長 印

「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号通知）に基づき、平成〇年〇月〇日付で、健康保険組合が取り扱うはり師、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受領委任の契約に係る委任をしているところですが、当該委任の状況が別添のとおり変更されますので、通知いたします。

別添2（別紙4の2）

令和 年 月 日

〇〇知事 殿

国民健康保険中央会理事長 印

「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号通知）に基づき、平成〇年〇月〇日付で、市町村（特別区を含む。）及び国民健康保険組合並びに後期高齢者医療広域連合が取り扱うはり師、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受領委任の契約に係る委任をしているところですが、当該委任の状況が別添のとおり変更されますので、通知いたします。