埼医業Ⅱ第１９７１号
令和２年１２月　９日

郡市・大学医師会長　　殿
（医療保険担当理事）

埼玉県医師会長　　金　井　忠　男
（担当常任理事　　小　室　保　尚）

医療保険関連の通知について

標記のことについて、日本医師会から下記の件について通知がありました。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただき、会員への周知方にご高配くださいますようお願い申し上げます。

なお、参考までに本通知を本会ホームページに掲載いたしましたので、ご活用ください。

記

１．医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等について
２．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改正について

【参考】
ホームページアドレス　　http://www.saitama.med.or.jp/hoken/iryouhoken/index.html

担　当：埼玉県医師会業務Ⅱ課　飯野
電　話：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

加入潮医師会 収受 2.12.10 第1085号

写

日医発第945号（保279）
令和2年12月7日

都道府県医師会長　殿

日本医師会長
中川俊男
（公印省略）

医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う
留意事項の一部改正等について

令和2年6月29日付け保医発0629第1号　厚生労働省保険局医療課長通知により、「フォシーガ錠5mg、同錠10mg」等の保険適用上の取扱いに関する留意事項が一部改正等されましたのでお知らせ申し上げます。

今回の改正は、同日付けで、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律第14条第9項の規定に基づき、効能・効果等の一部変更承認がなされたこと等に伴うものです。

つきましては、今回の改正内容に関して、貴会会員に周知下さるようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「医薬品の保険上の取扱い等」に掲載いたします。

（添付資料）
医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正等について（通知中に新旧対照表を含む。）
（令2．11．27　保医発1127第3号　厚生労働省保険局医療課長）

保医発 1127 第 3 号
令和 2 年 11 月 27 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　）

医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の
一部改正等について

標記について、令和 2 年 11 月 27 日付けで医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 14 条第 9 項の規定に基づき、効能・効果等の一部変更承認がなされたことに伴い、これらの医薬品に係る留意事項を下記のとおりとするので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いいたします。

記

1　効能・効果等の一部変更承認に伴う留意事項について

（1）　フォシーガ錠 5 mg、同錠 10mg

本製剤を「慢性心不全」に用いる場合は、効能又は効果において、「ただし、慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保持された慢性心不全における本薬の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。

（２）　ゾフルーザ錠 20mg

①　本製剤については、抗ウイルス薬の投与が全てのＡ型又はＢ型インフルエンザウイルス感染症の治療に必須でないことを踏まえ、本製剤の使用の必要性を慎重に検討した上で、Ａ型又はＢ型インフルエンザウイルス感染症の発症後の治療を目的として使用した場合に限り算定できる。

②　本製剤の使用上の注意に、治療にあたっては「症状発現から 48 時間経過後に投与を開始した患者における有効性を裏付けるデータは得られていない。」旨が記載されているので、使用に当たっては十分留意する。

２　「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 31 年２月 25 日付け保医発 0225 第９号）の記の２の（３）を次のように改める。

（３）　ビラフトビカプセル 50mg、同カプセル 75mg

①　本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。

②　がん化学療法後に増悪した BRAF 遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌

本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。

３　「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 27 年８月 31 日付け保医発 0831 第１号）の記の４の（５）を次のように改める。

（５）　ヤーボイ点滴静注液 50mg

本製剤を「根治切除不能な悪性黒色腫」、「根治切除不能又は転移性の腎細胞癌」又は「がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌」に用いる場合は、本製剤の用法及び用量において「３週間間隔で４回点滴静注する」とされていることから、４回を超えて投与しないこと。

（参考：新旧対照表）

◎「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正等について」（平成31年2月25日付け保医発0225第9号）の記の2の（3）

改　正　後	現　　行
2　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （3）　ビラフトビカプセル50mg、同カプセル75mg ①　本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 ②　がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP値等）を具体的に記載すること。	2　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （3）　ビラフトビカプセル50mg 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。

◎「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成27年8月31日付け保医発0831第1号）の記の4の（5）

改　正　後	現　　行
4　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （5）　ヤーボイ点滴静注液50mg 本製剤を「根治切除不能な悪性黒色腫」、「根治切除不能又は転移性の腎細胞癌」又は「がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌」に用いる場合は、本製剤の用法及び用量において「３週間間隔で４回点滴静注する」とされていることから、４回を超えて投与しないこと。	4　薬価基準の一部改正に伴う留意事項について （5）　ヤーボイ点滴静注液50mg 本製剤の用法及び用量は「３週間間隔で４回点滴静注する」とされていることから、４回を超えて投与しないこと。

写

（保 280）
令和２年１２月７日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
松　本　吉　郎
（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つきましては、社会保障審議会医療保険部会柔道整復療養費検討専門委員会において、療養費の改定や中長期的な議題が議論されているところであります。

この度、令和２年度柔道整復師の療養費改定率（0.27%）が決定するとともに、算定基準及び施術料金等が改正され、本年１２月１日より施行される旨、厚生労働省より通知が発出されましたので関連通知を含めご連絡申し上げます。

【添付資料】

1. 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について
（通知）
（令 2.11.25　保発 1125 第 6 号　厚生労働省保険局長）
2.「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
（令 2.11.25　保医発 1125 第 1 号　厚生労働省保険局医療課長）
3.「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
（令 2.11.25　保発 1125 第 7 号　厚生労働省保険局医療課長）

保発１１２５第６号
令和２年１１月２５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の支給について

はり、きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の算定については、今般、従前の施術料金等を下記のとおり改め、本年 12 月１日以降の施術分から適用することとしたので、関係者に対して周知徹底を図るとともに、その取扱いに遺漏のないよう御配慮願いたい。

記

１　はり、きゅう
（１）初検料
①　１術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
１，７７０円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合
１，８５０円

（２）施術料
①　１術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合
１回につき　１，５５０円

②　２術（はり、きゅう併用）の場合
１回につき　１，６１０円

注　はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない

電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として１回につき３０円を加算する。

（３）往療料　２，３００円

注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，５５０円とする。

注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

（４）施術報告書交付料　４６０円

２　あん摩・マッサージ

（１）マッサージを行った場合
１局所につき　３５０円

（２）温罨法を（１）と併施した場合
１回につき　１１０円加算

注　温罨法と併せて、施術効果を促進するため、あん摩・マッサージの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合にあっては、１５０円とする。

（３）変形徒手矯正術を（１）と併施した場合
１肢につき　４５０円加算

注　変形徒手矯正術と温罨法の併施は認められない。

（４）往療料　２，３００円

注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，５５０円とする。

注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。

（５）施術報告書交付料　４６０円

○「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について」新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

新	旧
1　はり、きゅう （1）初検料 ①　1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1，770円 ②　2術（はり、きゅう併用）の場合 1，850円 （2）施術料 ①　1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1回につき　1，550円 ②　2術（はり、きゅう併用）の場合 1回につき　1，610円 注　はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として1回につき30円を加算する。 （3）往療料　2，300円	1　はり、きゅう （1）初検料 ①　1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1，710円 ②　2術（はり、きゅう併用）の場合 1，760円 （2）施術料 ①　1術（はり又はきゅうのいずれか一方）の場合 1回につき　1，540円 ②　2術（はり、きゅう併用）の場合 1回につき　1，590円 注　はり又はきゅうと併せて、施術効果を促進するため、それぞれ、はり又はきゅうの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針、電気温灸器又は電気光線器具を使用した場合は、電療料として1回につき30円を加算する。 （3）往療料　2，300円

注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，５５０円とする。	注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，７００円とする。
注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。	注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。
（３）施術報告書交付料　４６０円	（４）施術報告書交付料　３００円
２　あん摩・マッサージ	２　あん摩・マッサージ
（１）　マッサージを行った場合 １局所につき　３５０円	（１）　マッサージを行った場合 １局所につき　３４０円
（２）温罨法を（１）と併施した場合 １回につき　１１０円加算	（２）温罨法を併施した場合 １回につき　１１０円加算
注　温罨法と併せて、施術効果を促進するため、あん摩・マッサージの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合にあっては、１５０円とする。	注　温罨法と併せて、施術効果を促進するため、あん摩・マッサージの業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合にあっては、１５０円とする。
（３）変形徒手矯正術を（１）と併施した場合 １肢につき　４５０円加算	（３）変形徒手矯正術を行った場合 １肢につき　７９０円
注　変形徒手矯正術と温罨法との併施は認められない。	
（４）往療料　２，３００円	（４）往療料　２，３００円
注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，５５０円と	注１　往療距離が片道４キロメートルを超えた場合は、２，７００円と

する。 注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。 （５）施術報告書交付料　４６０円	する。 注２　片道１６キロメートルを超える場合の往療料は往療を必要とする絶対的な理由がある場合以外は認められないこと。 （５）施術報告書交付料　３００円

保医発１１２５第１号
令和２年１１月２５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 号厚生労働省保険局医療課長通知）については、その一部を下記のとおり改正し、本年 12 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。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別添１ はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第１章～第６章　（略） 第７章　施術報告書交付料 １　施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙６の施術報告書に施術の内容、施術の頻度（月平均○回実施というように１ヶ月の平均施術回数を明記すること）、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。 なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は１回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の５ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は６ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前５ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初	別添１ はり、きゅうの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第１章～第６章　（略） 第７章　施術報告書交付料 １　施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙６の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。 なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は１回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の５ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は６ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前５ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して１ヶ月の期間の施術について施術

療又は再同意日から起算して１ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に１回に限り支給するものであること。 ２　（略） 第８章～第９章　（略）	報告書を交付した場合に１回に限り支給するものであること。 ２　（略） 第８章～第９章　（略）

2　別添１の別紙１から別紙６の各様式を次のように改める。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

別添１（別紙１）

同　意　書　(はり及びきゅう療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
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（　　） ※　１～６は、当てはまるものに○をつけて下さい。 ７は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　　（○をつけて下さい）	
診　察　日	令和　　年　　月　　日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

令　　和　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　　在　　地

保　険　医　氏　名　　印

※　保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

（裏面）

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

1　患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

2　はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、

ア　神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄１～６）

イ　ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。（「病名」欄７）

ウ　ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。

3　同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。

4　来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※　これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。

5　はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

6　保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

7　保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、６ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

8　上記７の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。

9　上記７の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※　この同意書は、「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）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添１（別紙２）

診　断　書　(はり及びきゅう療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
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（　　） ※　１～６は、当てはまるものに○をつけて下さい。 ７は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。	
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
診察区分	初　診　・　再　診　（○をつけて下さい）	
診　察　日	令和　　年　　月　　日	
症　状 （主訴を含む）		
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名　　印

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添１（別紙３）

鍼・灸の施術

NO.＿＿＿＿＿＿　（表　面）

施　術　録

健康保険（協・組・日）・船員保険
国民健保・退　職　者・共済組合
後期高齢・自 衛 隊　等・公費負担
自　　費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

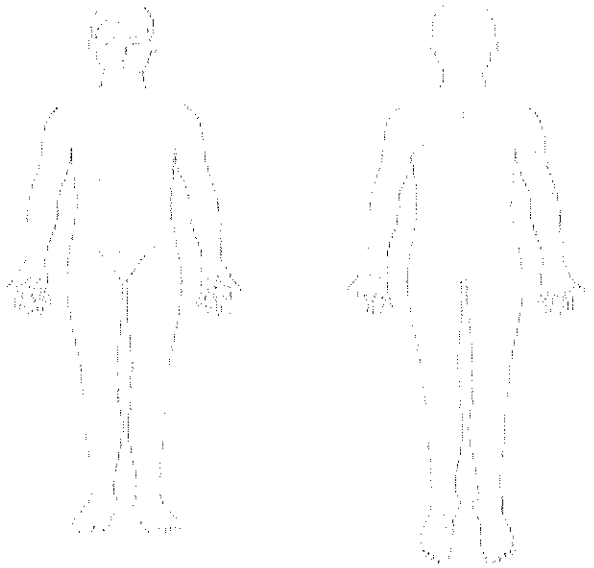
公費負担医療									
	公費負担者番号								
	公費負担受給者番号								

被保険者証			施術を受ける者				
	記　号			氏　名	（フリガナ） 男 女	続柄	
	番　号			生年月日	年　月　日		

被保険者			事業所		
	氏　名	（フリガナ） 男 女		所在地	
	生年月日	年　月　日		名　称	
	有効期限	年　月　日			
	（フリガナ）		保険者	所在地	
	住　所	〒 TEL		名　称	
	資格取得年月日	年　月　日		番　号	

病　名	発病年月日	初療年月日	施術終了年月日	日　数	施術回数	転　帰
		年　月　日	年　月　日			治療・中止・転医
		年　月　日	年　月　日			治療・中止・転医

同意記録				
	病医院名		発病の原因	
	住　所		第三者行為	業務上・第三者行為・その他
	電　話		施術の部位（図解）	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	同意医師名			
施術者	同　意	年　月　日		
患者	施術期間	自　年　月　日 至　年　月　日		



既往症・主要症状・経過等

この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと

社団法人　日本鍼灸師会　会員用

（裏　面）

月／日	施術の内容					合計金額	施術経過所見（再同意の記録を含む）
	はり	灸	はり灸	電気針又は電気温灸器及び電気光線器具	往療 km		
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	
／						円	

月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円

請求年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
領収年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

別添１（別紙４）

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	男・女		
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		○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

摘要

初検料 1はり　2きゅう　3はりきゅう併用			円
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	4㎞まで	円×	回＝　円
往療料	4㎞超	円×	回＝　円
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×	回＝　円
費用額計			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。

令和　年　月　日

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

住所

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿はり師

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿きゅう師

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

〒　－

申請者（被保険者）　住所

殿

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 郵便局
口座名義カタカナで記入		口座番号	

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

住所

代理人　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。

別添１（別紙５）

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（はり・きゅう用）

（令和　　年　　月分）

患　　者	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
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（　　）	
施術の種類	１．はり　　２．きゅう　　３．はり・きゅう併用	
初療年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
施術回数	月　　回　（当該月の施術回数を記載）	

患者の状態の評価	評価日	令和　　年　　月　　日

痛みの強さ



ＮＲＳ（Numerical Rating Scale：ﾆｭｰﾒﾘｶﾙ ﾚｰﾃｨﾝｸﾞ ｽｹｰﾙ）による評価

（注）全く痛みがない状態を「０」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「１０」として、今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。

前月の評価の有無	１．有り　　２．無し

前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）

１．悪化　２．維持　３．改善小　４．改善中　５．改善大

（症状、経過及び初療の日から１年以上経過して、月１６回以上の施術が必要な理由）

上記のとおりであります。

令和　　年　　月　　日

はり師・きゅう師氏名　　㊞

備考　この用紙は、Ａ列４番とすること。

別添１（別紙６）

施術報告書

医師　様

○　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

○　本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。

○　御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年　　月　　日
施術の内容	
施術の頻度	月　平均　　回
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年　　月　　日　　施術所名
住所
電話・ＦＡＸ番号
メールアドレス

施術者氏名

3　別添２の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
別添２ マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第１章～第３章　（略） 第４章　施術料 １～４　（略） ５　変形徒手矯正術は、現に関節拘縮や筋萎縮が起こり、その制限がされている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図る変形の矯正を目的とした施術でありマッサージと併せて行うことから、マッサージの加算とする取扱いとして同一部位にマッサージ及び変形徒手矯正術の両方を行った場合に限り、両方の料金を算定すること。 また、変形徒手矯正術は、６大関節（肩、肘、手首、股関節、膝、足首）を対象とし１肢（右上肢、左上肢、右下肢、左下肢）毎に支給すること。 なお、変形徒手矯正術と温罨法の併施は認められない。 ６　（略） 第５章　（略）	別添２ マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する留意事項等 第１章～第３章　（略） 第４章　施術料 １～４　（略） ５　変形徒手矯正術は、６大関節を対象とし１肢毎に支給すること。 ６　（略） 第５章　（略）

第６章　施術報告書交付料	第６章　施術報告書交付料
１　施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙６の施術報告書に施術の内容、施術の頻度（月平均○回実施というように１ヶ月の平均施術回数を明記すること）、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。 なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は１回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の５ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は６ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前５ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して１ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に１回に限り支給するものであること。	１　施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間を超えて更に施術を受けるため医師の再同意が必要な場合に、別紙６の施術報告書に施術の内容・頻度、患者の状態・経過等を記入し、当該報告書及び直近の診察に基づき医師が再同意を判断する旨を患者に説明したうえで交付した場合（又はその旨を患者に説明したうえで支給申請書に添付するために必要な写しを交付し、患者に代わり患者が診察を受ける医師に原本を送付した場合）に支給できること。 なお、施術報告書交付料は、一の同意書、診断書により支給可能な期間の施術について、施術報告書患者に複数回交付した場合であっても、支給は１回に限ること。また、初療若しくは直前の医師による再同意日の属する月の５ヶ月後（初療若しくは再同意日が月の 16 日以降の場合は６ヶ月後）の月に施術報告書を交付した場合又は施術報告書を交付した月の前５ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給するものであること。ただし、変形徒手矯正術については、初療又は再同意日から起算して１ヶ月の期間の施術について施術報告書を交付した場合に１回に限り支給するものであること。
２　（略）	２　（略）
第７章～第８章　（略）	第７章～第８章　（略）

4　別添２の別紙１から別紙６の各様式を次のように改める（行政庁への申請に対する押印の廃止等に伴うもの）。

なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

別添２（別紙１）

同　意　書　（あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再同意　（○をつけて下さい）	
診察日	令和　　年　　月　　日	
症　状	筋麻痺 筋萎縮	（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい） 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	（関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　　）
	その他	（筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢）	
	変形徒手矯正術（　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　）	
往　療	１．必要とする　　２．必要としない	
	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 （　　）	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

令　　和　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名　　印

※　保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

（裏面）

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

1　患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

2　あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。

3　貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。

4　来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※　これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。

5　「症状」欄の３段目の「その他」欄は、１段目又は２段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。

6　あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

7　保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

8　保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、６ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は１ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

9　上記８の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。

10　上記８の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※　この同意書は、「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）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添２（別紙２）

診　断　書　(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
診察区分	初　診　・　再　診　（○をつけて下さい）	
診　察　日	令和　　年　　月　　日	
症　状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　　その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　　）
	その他	
歩行等の状態	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 （　　）	
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

令　　和　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　　在　　地

保険医氏名　　印

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

別添２（別紙３）

マッサージの施術

NO.＿＿＿＿＿＿　（表　面）

施　術　録

健康保険（協・組・日）・船員保険
国民健保・退　職　者・共済組合
後期高齢・自 衛 隊　等・公費負担
自　　費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

公費負担医療									
公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

被保険者証			施術を受ける者				
	記　号			氏　名	（フリガナ） 男 女	続柄	
	番　号			生年月日	年　月　日		

被保険者			事業所		
	氏　名	（フリガナ） 男 女		所在地	
	生年月日	年　月　日		名　称	
	有効期限	年　月　日	保険者	所在地	
	（フリガナ）			名　称	
	住　所	〒 TEL		番　号	
	資格取得年月日	年　月　日			

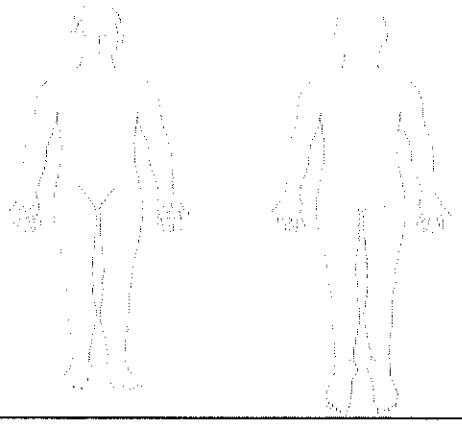
病　名	発病年月日	初療年月日	施術終了年月日	日　数	施術回数	転　帰
		年　月　日	年　月　日			治療・中止・転医
		年　月　日	年　月　日			治療・中止・転医

同意記録					
	病医院名			発病の原因	
	住　所			第三者行為	業務上・第三者行為・その他
	電　話		同意症状		
	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	同意医師名				

施術者			施術の種類		
患	同　意	年　月　日		マッサージ	躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
	施術期間	自　年　月　日 至　年　月　日		変形徒手矯正術	右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
				温　罨　法	温罨法・電気光線器具
				往療距離	km

既往症・主要症状・経過等

施術の部位（図解）



この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと　　社団法人　全日本鍼灸マッサージ師会　会員用

（裏　面）

月／日	施術の内容				合計金額	施術経過所見 （再同意の記録を含む）
	マッサージ部位	変形徒手矯正術部位	温罨法又は電気光線器具	往療 km		
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	
/					円	

月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円
月	合計回数	回	合計金額	円	請求期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	請求金額	円

請求年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
領収年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	

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）

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	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 明・大・昭・平・令　年　月　日生		○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

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　4㎞まで		円×	回＝	円
往療料　4㎞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

摘要

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、その費用を領取しました。
令和　年　月　日

免許登録番号

あん摩マッサージ指圧師

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

住所

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

〒　－

申請者（被保険者）　住所

殿

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 郵便局
口座名義カタカナで記入	口座番号		

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　㊞

※　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。

別添２（別紙５）

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（マッサージ用）

（令和　　年　　月分）

患者	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
症状	１．筋麻痺　２．関節拘縮　３．その他（　　）	
施術の種類	１．マッサージ　２．変形徒手矯正術	
施術部位	１．躯幹　２．右上肢　３．左上肢　４．右下肢　５．左下肢	
初療年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
施術回数	月　　回　（当該月の施術回数を記載）	

患者の状態の評価		評価日	令和　　年　　月　　日
基本動作	寝返り	１．自立	２．一部介助　３．全介助
	起き上がり	１．自立	２．一部介助　３．全介助
	座位	１．自立	２．一部介助　３．全介助
	立ち上がり	１．自立	２．一部介助　３．全介助
	立位	１．自立	２．一部介助　３．全介助
前月の評価の有無		１．有り	２．無し

前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）

１．悪化　２．維持　３．改善小　４．改善中　５．改善大

（症状、経過及び初療の日から１年以上経過して、月１６回以上の施術が必要な理由）

上記のとおりであります。

令和　　年　　月　　日

あん摩マッサージ指圧師氏名　　㊞

備考　この用紙は、Ａ列４番とすること。

別添２（別紙６）

施術報告書

医師　様

○　以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。

○　本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。

○　御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	年　　月　　日
施術の内容	
施術の頻度	月　平均　　回
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年　　月　　日

施術所名
住所
電話・ＦＡＸ番号
メールアドレス

施術者氏名

保発１１２５第７号
令和２年１１月２５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、「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について」（令和２年11月25日保発1125第６号厚生労働省保険局長通知）を発出したこと等に伴い、当該通知の一部を下記のとおり改正し、本年12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

別添１の様式第６号の２を次のように改める。
なお、当分の間、従来の様式を取り繕って使用することができることとする。

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						給付割合		
	1 社国	3 後高	2 本外	8 高外一		8	9	10
	2 公併	4 退職	4 六外	0 高外7				
			6 家外					

種類　04 マ

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	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
（ﾌﾘｶﾞﾅ） 男・女		
明・大・昭・平・令　年　月　日生		○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

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　4 kmまで		円×	回＝	円
往療料　4 km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

摘要

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

登録記号番号（申し出た施術者登録番号）

施術所　所在地

名称　　電話

施術管理者　氏名　　㊞

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

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	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
			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（被保険者）　住所　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。