

日医発第1169号（保険）

令和 6 年 10 月 4 日

都道府県医師会

事務局長 殿

日本医師会医療保険課

「「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」等の一部訂正について

令和 6 年度あはき療養費の改定につきまして、令和 6 年 6 月 28 日付け 日医発第 587 号（保険）「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」においてご案内申し上げたところであります。

今般、下記で示された通知について、厚生労働省保険局医療課より一部訂正の事務連絡がありましたので、ご連絡申し上げます。

#### 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」の一部改正について」

（令和 6 年 5 月 31 日保医発 0531 第 7 号）（別紙 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」

（令和 6 年 5 月 31 日保発 0531 第 2 号）（別紙 2）

（添付資料）

「「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」等の一部訂正について  
（R6. 9. 11 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事 務 連 絡  
令和 6 年 9 月 1 1 日

|                           |   |     |
|---------------------------|---|-----|
| 地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課     | } | 御 中 |
| 都道府県民生主管部（局）              |   |     |
| 国 民 健 康 保 険 主 管 課 （ 部 ）   |   |     |
| 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 ） |   |     |

厚生労働省保険局医療課

「「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」等の一部訂正について

下記の通知について、別紙 1 及び別紙 2 のとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

#### 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」の一部改正について」（令和 6 年 5 月 31 日保医発 0531 第 7 号）（別紙 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」（令和 6 年 5 月 31 日保発 0531 第 2 号）（別紙 2）

|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|---------|---|-------|----------------------|--------------------|----|-----------|--------------------------------|-------------------------|----|-------|-----|-----|----------------|----|-------------|----------|----|----|----|-----------------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                                                            | ○被保険者証等の記号番号                                       |                            |                                      |   |   |   |   | ○発病又は負傷年月日                          |         |   |       | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   | 年 月 日                               |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       | 続 柄                  |                    |    |           | ○業務上・外、第三者行為の有無                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名                          |                            | (フリガナ)                               |   |   |   |   | 男<br>・<br>女                         |         |   |       |                      |                    |    |           | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) ) |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載） |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 明・大・昭・平・令 年 月 日生           |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>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   |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 傷病名及び症状                                            |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    | 転 帰         |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    | 継続・治癒・中止・転医 |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 施<br>術<br>料                                        | マッサージ（施術料）                 |                                      |   |   |   |   |                                     | 同意部位    |   | (軀幹)  |                      | (右上肢)              |    | (左上肢)     |                                | (右下肢)                   |    | (左下肢) |     | 摘 要 |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     | 施術回数    |   | 回     |                      | 回                  |    | 回         |                                | 回                       |    | 回     |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 通所                         |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 訪問施術料 1                    |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 訪問施術料 2                    |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 訪問施術料 3（3人～9人）             |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 訪問施術料 3（10人以上）             |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 温 罎 法（加 算）                 |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 温罎法・電気光線器具（加 算）            |                                      |   |   |   |   |                                     | 円× 回＝ 円 |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    | 変形徒手矯正術（加算）<br>※温罎法との併施は不可 |                                      |   |   |   |   |                                     | 同意部位    |   | (右上肢) |                      | (左上肢)              |    | (右下肢)     |                                | (左下肢)                   |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 施術回数                                               |                            |                                      |   |   |   |   |                                     | 回       |   | 回     |                      | 回                  |    | 回         |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   | 円× 回＝ 円                             |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 特 別 地 域（加 算）                                       |                            |                                      |   |   |   |   | 円× 回＝ 円                             |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 往 療 料                                              |                            |                                      |   |   |   |   | 円× 回＝ 円                             |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）                               |                            |                                      |   |   |   |   | 円× 回＝ 円                             |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 合 計                                                |                            |                                      |   |   |   |   | 円                                   |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日                                                                              |                                                    | 訪問1①                       |                                      | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所○                                                                              |                                                    | 訪問2②                       |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療◎                                                                              |                                                    | 訪問3③                       |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) ) |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄                                                            | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日               |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      | 保健所登録区分<br>〒 ー     |    |           |                                | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 免許登録番号                                             |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      | あん摩マッサージ指圧師        |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             | 住 所      |    |    |    | 氏 名 電話          |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>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。<br>令和 年 月 日          |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      | 申請者<br>(被保険者)<br>殿 |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             | 住所<br>氏名 |    |    |    | 電話              |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  | 支払区分<br>1. 振 込 2. 銀 行 送 金<br>3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払 |                            |                                      |   |   |   |   | 預金の種類<br>1. 普通 2. 当座<br>3. 通知 4. 別段 |         |   |       |                      |                    |    | 金融機関名     |                                |                         |    |       |     |     | 銀行<br>金庫<br>農協 |    |             |          |    |    |    | 本店<br>支店<br>出張所 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄                                                            | 口座名義<br>カタカナで記入                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   | 口座番号  |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             | 郵便局      |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                    |                            |                                      |   |   |   |   |                                     |         |   |       |                      |                    |    |           |                                |                         |    |       |     |     |                |    |             |          |    |    |    |                 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>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 住所  
(被保険者) 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。

（別紙 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特記事項      |  | 1 社国<br>2 公費 | 3 後高<br>4 退職 | 2 本外<br>4 六外<br>6 家外 | 8 高外一<br>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 04 マ |   |    |  |
| 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、発症又は負傷の原因及びその経過 |                                |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           |        |                  | 年 月 日      |     |  |                      |                                |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ) |                  |            | 続 柄 |  |                      | ○業務上・外、第三者行為の有無                |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           | 男・女    |                  |            |     |  |                      | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) ) |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           |        | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |            |     |  |                      |                                | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                        |               |                             |   |                       |      |     |     |           |     |     |           |    |    |           |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------|---------------|-----------------------------|---|-----------------------|------|-----|-----|-----------|-----|-----|-----------|----|----|-----------|----|-----|-----------|----|-------------|-----------|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 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   |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        | 傷病名及び症状       |                             |   |                       |      |     |     |           |     |     |           |    |    |           |    |     |           |    | 転 帰         |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               |                             |   |                       |      |     |     |           |     |     |           |    |    |           |    |     |           |    | 継続・治癒・中止・転医 |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        | 施 術 料         | マッサージ（施術料）                  |   |                       | 同意部位 |     |     | ( 軀 幹 )   |     |     | ( 右 上 肢 ) |    |    | ( 左 上 肢 ) |    |     | ( 右 下 肢 ) |    |             | ( 左 下 肢 ) |    |    | 摘 要 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               |                             |   |                       | 施術回数 |     |     | 回         |     |     | 回         |    |    | 回         |    |     | 回         |    |             | 回         |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 通所                          |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 訪問施術料 1                     |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 訪問施術料 2                     |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 訪問施術料 3（3人～9人）              |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 訪問施術料 3（10人以上）              |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 温 電 法 (加 算)                 |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 温電法・電気光線器具 (加 算)            |   |                       |      |     |     | 円 ×       |     |     | 回 =       |    |    | 円         |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               | 変形徒手矯正術 (加算)<br>※温電法との併施は不可 |   |                       | 同意部位 |     |     | ( 右 上 肢 ) |     |     | ( 左 上 肢 ) |    |    | ( 右 下 肢 ) |    |     | ( 左 下 肢 ) |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               |                             |   | 施術回数                  |      |     | 回   |           |     | 回   |           |    | 回  |           |    | 回   |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        |               |                             |   |                       |      |     | 円 × |           |     | 回 = |           |    | 円  |           |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                        | 特 別 地 域 (加 算) |                             |   |                       |      |     | 円 × |           |     | 回 = |           |    | 円  |           |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往 療 料                  |               |                             |   |                       |      | 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                    | 訪問 1 ①        | 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 |  |
| 通所 〇                   | 訪問 2 ②        |                             |   |                       |      |     |     |           |     |     |           |    |    |           |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療 ③                   | 訪問 3 ③        |                             |   |                       |      |     |     |           |     |     |           |    |    |           |    |     |           |    |             |           |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）

|           |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |  |    |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---------|--|----|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 〒       |  |    | —                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 登録記号番号                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 所在地     |  |    | 名 称                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | — |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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    |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 本店     |  |  |  |
|              | 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 金庫 農協 |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 支店 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 住所                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代理人 住所   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (被保険者) 氏名                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 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。  
※ 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）場合に署名してください。  
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。