

**本格導入直前
受領委任レセ提出物
まとめマニュアル
提出物の**要点だけ**
まとめました**

訪問鍼灸マッサージ相談所
全日本訪問鍼灸マッサージ連合会
代表理事 高城 直哉

「文字が小さすぎて読めない！！！」と

ハ○キルーペのWナベKンさんが叫ぶように

「公の通達は文字が多すぎて結局何を提出すれば良いのか分からない。要点だけまとめて欲しい！」と

毎回叫びたくなるので簡易マニュアルを作成しました。

分厚くボリュームがあるほうがお得な気はしますが

施術に自己研鑽に経営にお忙しい時間を大切にするみなさまには

要点だけ絞ってあるほうが良いとの判断です。

あなたの一助になれば幸いです。ご活用ください。

※2019年3月13日時点での保険者の解答を元に作成しています

※

この簡易マニュアル作成時は受領委任導入移行期である為厚生支局や保険者に問い合わせでも毎回違う答えが返ってくる事がありました。受領委任で一定の統一や決まりを改めて作っているはずなのですが実際には保険者ごとの裁量も含まれています。ですのでこのマニュアルに書かれている内容を実践した事によって何らかの損害を被っても弊社では一切の責任を負いかねます。必ずご不明点は各自で厚生支局や各保険者にお問い合わせの上ご確認ください。

※※

当マニュアルや弊社コンテンツはお申し込み者様の個人利用に限り使用を許可致します。複製・商用利用・流出・類似コンテンツの作成 WEB 上へのアップロードまたはダウンロードできる状態にするなど禁止致します。判明した場合いかなる理由であっても 1 件につき金 30 万円を請求いたしますのでご了承ください。院内でスタッフと共有する事は許可しますがスタッフへも禁止事項の徹底をお願い致します。悪質と判断した場合は弁護士に相談し対処いたします。

※※※

当マニュアルは厚生労働省ホームページより引用している部分がございます。厚生労働省の利用規約に基づき使用引用させて頂いております。

今後も厚生労働省の重要速報やお役立ち情報を無料で受け取る。

※登録・解除ともかんたん 10 秒



<https://maroon-ex.jp/fx45926/sE41Ct>

QR コードから登録して受け取る



・受領委任後レセプト提出時必要書類

- 1：厚生労働省の指定のレセプト用紙（療養費支給申請書）
 - 2：同意書（原本）
 - 3：施術報告書（コピー。交付日のレセに添付・費用請求）
 - 4：往療内訳表
 - 5：総括表Ⅰ
 - 6：総括表Ⅱ
 - 7：施術理由書（1年以上月16回以上施術を継続している場合）
-

・患者様向け

- 1：領収書（指定の様式はないが配布は必須）
 - 2：明細書（患者様の求めに応じて配布。償還払いの際は必要になることが多い。）
-

各種書類まとめサイト：ダウンロードページリンク

<https://xn-->

[vckg5a9gug740rizf5qogk3a8yoslg4o0alv9bpj1adqg.jp/dl/](https://xn--vckg5a9gug740rizf5qogk3a8yoslg4o0alv9bpj1adqg.jp/dl/)

1：厚生労働省の指定のレセプト用紙（療養費支給申請書）

はり・きゅう

別添1（様式第6号）

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

情報コード

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	保険者番号	1 1位 2 2位 3 3位 4 4位 5 5位 6 6位 7 7位 8 8位 9 9位 10 10位
---------	---------	--------	-------	-------	--

○被保険者証等の記号番号 年 月 日	○発病又は負傷年月日 年 月 日	○傷病名 ○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
療養を受けた者の氏名 姓 名 明・大・昭・平 年 月 日 生	性別 男 女	初療年月日 平成 年 月 日
療養期間 平成 年 月 日 日～平成 年 月 日 日	美日数 日	請求区分 新規・継続 継続・治癒・中止・転居
傷病名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸椎病 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫腰痛症 7. その他（ ）	初療科（1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用）	請求額 円
施 療 所 費 内 容 初療料（1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用） 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 電気治療器） 円 × 回 = 円 往療料 4回まで 円 × 回 = 円 往療料 4回超 円 × 回 = 円 施術報告書交付料（前回交付 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 療 所 費 内 容 初療料（1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用） 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 電気治療器） 円 × 回 = 円 往療料 4回まで 円 × 回 = 円 往療料 4回超 円 × 回 = 円 施術報告書交付料（前回交付 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 療 所 費 内 容 初療料（1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用） 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 電気治療器） 円 × 回 = 円 往療料 4回まで 円 × 回 = 円 往療料 4回超 円 × 回 = 円 施術報告書交付料（前回交付 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
発病日 平成 年 月 日	請求日 平成 年 月 日	請求区分 1. 施術所所在地 2. 出稼専門施術所所在地
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 平成 年 月 日 施術所 所在地 名称 氏名 電話 施療管理者 氏名	申請者 氏名 住所 電話	申請者 氏名 住所 電話
大払区区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 現金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別当 口座番号	銀行 本店 全庫 支店 振替 出納所	郵便局 郵便局
同意医師の氏名 住所 平成 年 月 日	傷病名 平成 年 月 日	要加算期間

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。 平成 年 月 日。

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 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。

※ 施療管理者及び申請者（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日厚生0912第2号通知）に従い行われるものです。

【サンプル】

1：厚生労働省の指定のレセプト用紙（療養費支給申請書）

はり・きゅう

療養費支給申請書（平成31年01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 3 後高 ② 本外 8 高外9	給付割合
公費受給者番号		4 三外 0 高外8	8 9 10
市区町村番号		種類 05 割合	
受給者番号	保険者番号		

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 (7桁?) 本人 ○ 発病又は負傷の原因及びその経過

明・大 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)

初療年月日 平成 27 年 9 月 19 日 自 平成 31 年 1 月 1 日 至 平成 31 年 1 月 31 日 実日数 12 日 請求 新規

傷病名 ① 神経痛 2. リウマチ 3. 頸胸症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()

初検料 (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用) 0 円

はり 1,540 円 × 12 回 = 18,480 円

きゅう 1,540 円 × 0 回 = 0 円

はり・きゅう併用 1,580 円 × 0 回 = 0 円

電療料 (1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具) 30 円 × 0 回 = 0 円

往療料 4kmまで 2,300 円 × 0 回 = 0 円

往療料 4km超 2,700 円 × 0 回 = 0 円

施術報告書文付料(前回支給: H30 年 11 月分) 300 円 × 0 回 = 0 円

合 計 18,480 円

一部負担金 (1 割 - 2 割 - 3 割) 5,544 円

請求 額 12,936 円

施術日 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

施術証明 平成 31 年 03 月 13 日 所在地 保城市登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名称 電話番号

施術管理者 氏名 電話番号

申請 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。 平成 31 年 03 月 13 日 申請者 住所 〒 氏名 (被保険者) 氏名 電話番号

支払区分 ① 振込 2. 銀行送金 ① 普通 2. 当座 金融機関 銀行 本店

3. 郵便 4. 当地払 3. 通知 4. 別段 支店 出張所

口座番号 口座番号 郵便局 郵便局

同意 同意 住所 同意年月日 傷病名 要加療期間

平成 30 年 12 月 上記傷病名

本請求 に関する受領を代理人に委任します。 平成 31 年 03 月 13 日

申請 代理人 住所 〒 氏名 氏名

給付割合 7(3 割自己負担の場合は○を

1 社国:国保・船員保険 2 公費:公費負担(併用の場合こちらにも○)3 後高後期高齢者 4 退職:国民健康保険法による退職医療 2 本外:被保険者 4 三外:未就学児 6 家外:家族 8 高外 9:高齢者 1 割負担など 10 高外 8:高齢者 2 割負担 ※後期高齢者で 3 割負担の場合は 2 か 6 に○

登録番号のみの記載で各免許の番号は必要ない
給付金の受領が施術管理者の口座でない場合(開設者名義や法人名の口座)上記の通り施術を行いその費用を徴収しましたの下か欄外に「療養費の受領を下記の代理人に委任します」と記載する。

施術者ではなく施術管理者名。出張届の場合住所と氏名だけでよい。

施術管理者以外の口座に振り込む場合は代理人の欄は法人名や開設者の名義を記載

1：厚生労働省の指定のレセプト用紙（療養費支給申請書）

あんま・マッサージ

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）

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	保険者番号	特記事項 1 追加 2 公費 3 請求 4 老齢 5 事務 6 異時 7 事務 8 異時 9 事務 10 異時
---------	---------	--------	-------	-------	--

被保険者証等の記号番号 年 月 日	発病又は負傷年月日 年 月 日	傷病名 発病又は負傷の原因及びその経過 〇業務上・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
----------------------	--------------------	--

初療年月日 平成 年 月 日	施術期間 自平成 年 月 日～至平成 年 月 日	末日数 日	請求区分 新規・継続 転 入 継続・治療・中止・転出
-------------------	-----------------------------	----------	-------------------------------------

マッサーシ	施術 円×	腕× 円×	肘× 円×	手× 円×	指× 円×	合計 円
-------	----------	----------	----------	----------	----------	---------

上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 平成 年 月 日 診療所 所在地 名称 氏名 電話番号	診療所区分 1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所地
--	---------------------------------

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。 平成 年 月 日 申請者 (被保険者) 氏名 住所 電話番号	申請者 (被保険者) 氏名 住所 電話番号
--	-----------------------------------

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. 別当	金融機関名 銀行 本店 支店 郵便局 出張所
--	-------------------------------------	---------------------------------

同意医師の氏名 住所 同意年月日 平成 年 月 日	傷病名 要加算期間
------------------------------------	--------------

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。 平成 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。

【サンプル】

1：厚生労働省の指定のレセプト用紙（療養費支給申請書）

あんま・マッサージ

療養費支給申請書（平成31年01月分）（マッサージ用）

機関コード		特記事項		給付割合	
公費負担者番号		1 社団	3 職高	2 本外	8 ③ 10
公費受給者番号		2 公費	4 退職	4 三外	
市区町村番号		6 家外		0 高外S	
受給者番号		種類	04 マ		
		保険者番号			
被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名	
		不詳		全身痠痛症候群 左変形性股関節症 両関節可動域制限	
療養を受けた者の氏名		続柄		発病又は負傷の原因及びその経過	
明・大		本人		○ 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	
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 27 年 8 月 10 日		自・平成 31 年 1 月 1 日 至・平成 31 年 1 月 31 日		6 日	
傷病名又は症状		請求区分		転	
全身痠痛症候群 左変形性股関節症 両関節可動域制限		新規・継続		継続・治癒・中止・転医	
マッサージ		概要		上記傷病の為往療。	
変形徒手矯正術		腕 幹 340 円× 6 回= 2,040 円			
温 電 法		右上肢 340 円× 6 回= 2,040 円			
湿電法・電気光線器具		左上肢 340 円× 6 回= 2,040 円			
往療料 4 km まで		右下肢 340 円× 6 回= 2,040 円			
往療料 4 km 超		左下肢 340 円× 6 回= 2,040 円			
施術報告書交付料 (前回支給: H30 年 11 月分)		変形徒手矯正術 780 円× 0 回= 0 円			
請求金額		温電法 80 円× 0 回= 0 円			
		湿電法・電気光線器具 110 円× 0 回= 0 円			
		往療料 4 km まで 2,300 円× 6 回= 13,800 円			
		往療料 4 km 超 2,700 円× 0 回= 0 円			
		合計 24,000 円			
		一部負担金 (1部) 2割・3割 2,400 円			
		請求金額 21,600 円			
施術日		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			
通院○ 住療○					
施術証明申請		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	
平成 31 年 03 月 13 日		所在地			
登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)		名称			
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。		施術管理者 氏名			
平成 31 年 03 月 13 日		申請者 住所			
氏名		氏名		電話	
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		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	
				郵便局	
口座番号		同意年月日		傷病名	
		平成 30 年 11 月 1 日		上記傷病名	
同意医師の氏名		同意年月日		要加療期間	
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 31 年 3 月 13 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。

2：同意書はりきゅう表面（原本を提出）

同 意 書	
別添1（別紙1） <small>（はり及びきゅう治療費用）</small>	
患 者	住 所
	氏 名
	生年月日
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. 頸肩肘手後遺症、 7. その他（ ） <small>※ 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。</small>
発病年月日	昭・平 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	平成 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。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所 在 地 保 険 医 生 名
<small>※ 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。（表面参照） 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。</small>	

※これまで通り

2：同意書はりきゅう裏面

同意書の交付について

(裏面)

○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、頸椎症候群、五十肩、腰痛症、頸椎症性後遺症について、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いたします。
※ 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いたします。
- 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（食院において「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食院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認いたします。
- 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いたします。

※ 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、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、取扱い方針としての支給基準等を厚生労働省が敵0等により定めております。

※これまで通り

2：同意書あんまマッサージ裏面

同意書の交付について

(裏面)

○同意書交付の留意点

- 1 患者があんま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 あんま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、医療上マッサージを必要とする症例です。
- 3 食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、食院での治療が優先されるため、食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ま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、あんま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費担当規則第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 あんま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、あんま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、患者があんま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(又はあんまマッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に食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、きゅう師及びあんま・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。

※これまで通り

3：施術報告書(コピー。交付日のレセに添付・費用請求)

別添1・2(別紙6)	
施術報告書	
_____ 医師 様	
<p>○ 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	
患者氏名	
患者生年月日	年 月 日
施術の内容・頻度	
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 _____

※受領委任後も管理者でなく施術者氏名は実態に即した施術者で良いとの事。※交付日(渡した日)のレセプトに交付料計上

4：往療内訳表

別添 1 (様式第7号)

往療内訳表
(患者氏名：)

月分

日付	同一日・同一建物記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれ記載下さい。

1. 徒歩による公共交通機関を便しての外出が困難
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

- ・ 同上の場合は、「同上」や「#」との記載で差し支えない。
- ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
- ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
- ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

※同一日同一建物でない場合は◎も○も不要

※往療の起点：施術所からの場合**施術所**、出張届で届け出住所からの場合**施術者宅**と記載。

※施術場所：施術した場所が施設などの場合は**施設名と住所の両方**を記載。被保険者と患者が同じ住所の場合**自宅**と記載。

往療内訳表

記載サンプル

別添1（様式第7号）					
往療内訳表					
平成31年 2 月分		（患者氏名： 田中 太郎 ）			
日付	同一日・同一建物記入欄	施術者名	往療の起点	施術した場所	
8日		山田 一郎	施術所の場合施術所	自宅	←被保険者と患者が同じ住所の場合
15日		山田 一郎	出張室の場合施術者宅	同上	←内容が同じ場合は同上でも良い
22日		山田 一郎	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目	←患者の自宅でない場合住所記載
日					※施設の場合は施設名も記載
日	同一建物で1件目に該当する場合は				（欄外でも良い）
日	◎を記載				15日以上の場合は
日	連続施術の2件目以降は				欄を増やすか
日	○を記載				2枚目に記載しても良い
日	同一日同一建物に該当しない場合は				
日	何も記載の必要がない				往療を1日も算定しなければ
日					必要ないが
日					往療を請求する場合
日					請求しない日があっても
日					記載の必要がある
日					
往療を必要とする理由 介護保険の要介護度（ ）分ければ記載下さい					同一日同一施設で複数名を施術する際
1. 独歩による公共交通機関を乗っての外出が困難					往療軒天は全て施設前の起点を記載
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 ・ 同上の場合は、「同上」や「#」との記載で差し支えない。					
・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。					
・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。					
・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。					

5：総括表 I

別添 1 (様式第 8 号)

平成 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。

5：総括表Ⅰ（参考）

記入例

別添1（様式第8号）

平成31年 1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 XXXXXXXXXX
 施術所名 XXXXXXXXXX

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
●●●●●●●● ●●●●●●●●後期高齢者医療 広域連合（はりきゅう）	10	123,456			10	123,456
●●●●●●●● ●●●●●●●●後期高齢者医療 広域連合（マッサージ）	10	123,456			10	123,456
○○○○○○○ ○○市国保 （一般）マッサージ	10	123,456	6	12,345	16	135,801
○○○○○○○ ○○町国保 （一般）はりきゅう	10	123,456	6	12,345	16	135,801
○○○○○○○ ○○町国保 （退院者）マッサージ	10	123,456	6	12,345	16	135,801
合 計	50	617,280	18	37,035	68	654,315
（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。

※保険者ごとに提出する。例えば後期高齢者広域連合に提出する場合ははりきゅうと、マッサージを分けて2行で記載。保険者が療養費審査委員会などに委託している場合は（後期高齢と国保など提出窓口が同じ場合）サンプルの様に必要な分全て記入する。

6：総括表Ⅱ

別添1（様式第9号）

平成 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。

6：総括表Ⅱ(参考)

別添1(様式第9号)

平成31年 1月分
療養費支給申請総括票(Ⅱ)

保険者名: [REDACTED] 殿

(請求者) 登録記号番号 ○○○○○○○○-○-○
 施術管理者 [REDACTED]
 施術所名 [REDACTED]

はり、きゅう療養費について、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	10 件	123,456 円	12,346 円	111,110 円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前 本人				
	事前 家族				
	保険者 本人				
	保険者 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。

保険者ごとに作成する。

はり、きゅう用とマッサージ用を区分して作成する。

7：施術理由書(1年以上月16回以上施術を継続している場合)

鍼灸

別添1(別紙5)

(はり・きゅう用)
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
(平成 年 月 日)

患 者	氏名																															
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日																														
傷 病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸椎症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎椎体後遺症 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 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	平成 年 月 日																													
痛みの強さ	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="11"> ----- </td> </tr> </table>										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	-----										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					

NRS (Numerical Rating Scale: ニューメリカルレーティングスケール) による評価 [注] 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え得る最悪の痛みを「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																																
<p>上記のとおりであります。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">はり師・きゅう師氏名 _____ 職</p>																																

備考 この用紙は、日本工業規格JIS4番とすること。

※これまで通り

7：施術理由書(1年以上月16回以上施術を継続している場合)

あんまマッサージ

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)	
		(平成 年 月分)	
患者	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平 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. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢		
初療年月日	昭・平 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	平成 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。			
平成 年 月 日			
あんまマッサージ指圧師氏名 _____ ㊞			

※これまで通り

・患者様向け

1：領収書（指定の様式はないが配布は必須）

2：明細書（患者様の求めに応じて配布。償還払いの際は必要になることが多い。）※氏名は施術管理者名※※実際に配布する人は施術管理者以外でもオッケー。

一部負担金明細書はり・きゅう（一月分）

別添1（様式第5号の2）

一部負担金明細書
（はり・きゅう（1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

一部負担金明細書はり・きゅう（一日分）

別添1（様式第5号）

一部負担金明細書 （はり・きゅう（1日分）用）

様

施術内容欄	初検料	円	
	施術料	はり	円
		きゅう	円
		はり・きゅう併用	円
		電療料	円
	往療料	円	
	施術報告書交付料	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（一月分）

別添1（様式第5号の2）

一部負担金明細書 （あんま・マッサージ（1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
	温電法	回	円
	温電法・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

一部負担金明細書あんまマッサージ（一日分）

別添1（様式第5号）

一部負担金明細書 （あんま・マッサージ（1日分）用）

様

施術内容欄	マッサージ施術	円
	変形徒手矯正術施術	円
	温電法	円
	温電法・電気光線器具	円
	往療料	円
	施術報告書交付料	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

各種書類まとめサイト：ダウンロードページリンク

[https://xn--](https://xn--vckg5a9gug740rizf5qogk3a8yoslg4o0alv9bpj1adqg.jp/dl/)

[vckg5a9gug740rizf5qogk3a8yoslg4o0alv9bpj1adqg.jp/dl/](https://xn--vckg5a9gug740rizf5qogk3a8yoslg4o0alv9bpj1adqg.jp/dl/)

これまでに頂いたご質問への Q&A

Q1

訪問鍼灸の事業を行なっている先生で監査が入ったことがあるのであればその事例を聞きたいです！

A1

監査に入って何らかの処分があった事は聞いたことがありますが生の声は聞いたことがありません。

あきらかな日数水増しなどは以ての外で誰でもわかる不正ですが

あくまで新聞などに載っていて我々に身近な事としては
請求内容と施術内容が合っていないという事です。

たとえば鍼灸の同意書で請求して、リハビリのみ行って請求する、一切鍼灸の範疇と解釈できることを行っていないので不正請求という事例を見たことがあります。おそらくスタッフさんの内部告発だと思うのですが、個人でやっているならその日の患者さんの要望に合わせた実際の施術内容と請求が違ふとまずいです。

Q2

今まで（去年6月まで）のレセプト提出と変更になった事。

報告書の提出義務？

往料内訳書の記載について。

介護度の記載。

摘要欄に、施術者氏名と日付を記入。

A2

保険者毎の総括票について。

必要？不必要？義務？

必要

④

保管義務がある書類について、何をどこまで保管したらいいのか。

カルテ

最後の施術日から 5 年

施術日時

施術内容

その日の金額が分かれば良い

⑤

そもそも、なぜ受領委任になったのか。

不正防止と請求金額を抑えるためと考えられます。

どんな産業でもそうですが

発展の過程で決まりごとが多くなってくるものなので

自然な流れかと思います。

⑥

今回の法改正をどのようにとらえるのか。

今後の為に、対策として何をすべきか。

法改正は良い事だと捉える。

違法な業者が淘汰され信用が増す。

私の感覚では在宅専門や往診中心の 40 代のドクターが増えて同意書発行されやすくなっている。

超絶ウルトラスーパーブルーオーシャンが

ウルトラスーパーブルーオーシャンになっただけ。

まだまだ相当恵まれている。

⑦

今後、訪問鍼灸はどのようになっていくのか。

あくまで私見ですが

より厳格化や
介護4以上など
具体的な条件がつく可能性はある。

しかし
保険適用がなくなるというのは
マーケティングなど煽っているが
考えにくい

単価も下がる事はないと思う。

なぜか
受領委任の質問を厚生支局に投げると
柔道整復の受領委任をベースに話をされる。

亜急性→急性の厳格化
ただし、本来の外傷施術や固定に関しては単価アップなど

少なくとも見込み患者さん数が減ることは無い

免許取得者↓
合格率↓
高齢者人口 2050年まで上昇

需要と供給のバランスで
完全に供給（施術者）が足りない。

⑧

ケアマネさんが欲しい患者さんの情報はどういう事なのか。

我々に求めるとしたら

で、「結局喜んでいるのか？」

これにつきます。

実務面では

- ・訪問の日時→介護サービスの日程調整の為
- ・体調に関わること。お怪我、熱、転倒など、訪問施術者がたまたま行った時に知ってまだ他の人が知らない事をいち早く教えて欲しい。

今後も厚生労働省の重要速報やお役立ち情報を無料で受け取る。

※登録・解除ともかんたん 10 秒



<https://maroon-ex.jp/fx45926/sE41Ct>

QR コードから登録して受け取る

