

保 発 第 0526002 号
平成 20 年 5 月 26 日

都 道 府 県 知 事
地方社会保険事務局長
地方厚生（支）局長 } 殿

厚生労働省保険局長

「柔道整復師の施術に係る療養費について（通知）」の一部改正について

柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の一部改正については、本日付け保発第 0526001 号をもって通知されたところであるが、これに伴い「柔道整復師の施術に係る療養費について（通知）」（平成 11 年 10 月 20 日老発第 682 号・保発第 144 号）の一部を下記のとおり改正し、本年 6 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

別添 1 の別紙 2 の様式第 5 号及び別添 3 の様式第 5 号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できることとする。

柔道整復施術療養費支給申請書

○ 市町村番号		○ 保険者番号		○ 保険種別		○ 本人・家族の区分	
				政・組・船・国・退・高		本人・家族 6歳就学前・70歳～75歳(1割・2割・3割) 75歳以上(1割・3割)	
○ 被保険者証等の記号・番号		○ 生年月日		○ 被保険者(世帯主・受給者)の氏名		○ 被保険者(世帯主・受給者)の住所	
		明・大・昭・平 年 月 日				〒	
○ 療養を受けた者の氏名		○ 生年月日		○ 負傷の原因			
		明・大・昭・平 年 月 日					
○ 負傷名		○ 負傷年月日	○ 初検年月日	○ 施術開始	○ 施術終了	○ 実日数	○ 転帰
(1)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(2)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(3)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(4)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(5)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
○ 経過						請求区分	新規・継続
初検料 円		初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回		金属副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円			加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円		
整復料・固定料・施療料		(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円
部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回	冷電法料80円 回 円	温電法料75円 回 円	電療料 30円 回 円	計 円
1	100	—					—
2	100	—					—
3	80	—					0.8
4	33	—					0.33
	80	—					0.8
	100	—					—
○ 摘要						合計 円	
						一部負担金 円	
						請求金額 円	
施術証明欄		上記のとおり施術したことを証明します。		所在地			
		年 月 日		施術所名称			
				電話			
		登録記号番号		柔道整復師 氏名		印	
支払機関欄		○ 支払区分		○ 預金の種類		○ 金融機関	
		1:振込 3:郵便局送金		1:普通 3:通知		銀行 本店	
		2:銀行送金 4:当地私		2:当座 4:別段		金庫 支店	
		○ 口座名称		○ 口座番号		郵便局	
受取代理人の欄		上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。		住所			
		年 月 日		被保険者(世帯主・受給者)			
				氏名			
		(この欄は、患者が記入して下さい。ただし、患者が記入することができない場合には、代理記入の上、押印して下さい。)					
		○ 代理人の氏名		柔道整復師		印	
		○ 代理人の住所		〒			

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。