

保発0324第1号

令和3年3月24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)

「柔道整復師の施術に係る療養費について」の一部改正について

令和2年7月17日に閣議決定された「規制改革実施計画」において、原則として法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているものについて、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正を行うこととされました。

これを踏まえ、「柔道整復師の施術に係る療養費について」（平成22年5月24日付け保発0524第2号厚生労働省保険局長通知）について、そ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 「柔道整復師の施術に係る療養費について」（平成22年5月24日付け保発0524第2号厚生労働省保険局長通知）の一部を次のように改正する。

○別添 1 別紙の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
別紙 第 4 章 療養費の請求 （申請書の作成） 26 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道 整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。 （1）～（3） （略） （4） 申請書の「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号の記入を求 めること。「受取代理人 <u>への委任</u> 」欄は、患者の自筆により被保険者の 住所、氏名、委任年月日の記入を受けること。利き手を負傷している など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、柔道整復師が自筆により代理記入し患者から <u>ぼ</u> 印を受けること。 （5）～（6） （略） 27～28 （略）	別紙 第 4 章 療養費の請求 （申請書の作成） 26 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道 整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やか な請求に努めること。 （1）～（3） （略） （4） 申請書の「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号の記入を求 めること。「受取代理人」欄は、患者の自筆により被保険者の住所、氏 名、委任年月日の記入を受けること。利き手を負傷しているなど患者 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、柔道整 復師が自筆により代理記入し患者から <u>押</u> 印を受けること。 （5）～（6） （略） 27～28 （略）

○別添 1 別紙の様式第 1 号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
(様式第 1 号) 確 約 書 柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを届け出るに当たり、協定書（平成 2 2 年 5 月 2 4 日保発 0524 第 2 号通知の別添 1 の別紙）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 〇〇都道府県知事 〇 〇 〇 〇 殿 公益社団法人〇〇都道府県柔道整復師会長 〇 〇 〇 〇 柔道整復師氏名 〒 - 住 所 (受領委任の取扱いを行う施術所) 施術所名 〒 - TEL. - - 住 所 (注) 確約書の管理は、公益社団法人〇〇都道府県柔道整復師会長が行うものとする。	(様式第 1 号) 確 約 書 柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを届け出るに当たり、協定書（平成 2 2 年 5 月 2 4 日保発 0524 第 2 号通知の別添 1 の別紙）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 〇〇都道府県知事 〇 〇 〇 〇 殿 公益社団法人〇〇都道府県柔道整復師会長 〇 〇 〇 〇 柔道整復師氏名 〒 - 印 住 所 (受領委任の取扱いを行う施術所) 施術所名 〒 - TEL. - - 住 所 (注) 確約書の管理は、公益社団法人〇〇都道府県柔道整復師会長が行うものとする。

(傍線部分が改正部分)

改正前	改正後																																																																																																																																																															
(様式第2号) 柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出 (施術所の届け出) <table><tr><td rowspan="2">柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令 年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>免 許</td><td>番号</td><td colspan="3">(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日</td></tr><tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">施 術 所</td><td>名 称</td><td colspan="4">(電話番号: ())</td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">〒 -</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>開設者氏名及び住所</td><td colspan="4">氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -</td></tr><tr><td colspan="2">届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止</td><td>有 ・ 無</td><td>中 止 年 月 日</td><td>当該地方厚生(支)局長等</td></tr><tr><td colspan="2">柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出</td><td colspan="3">定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)</td></tr><tr><td colspan="5">注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。</td></tr><tr><td colspan="5">注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。</td></tr><tr><td colspan="5">(備考)</td></tr></table> (柔道整復師 (施術管理者) が都道府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。) 上記のとおり、届け出します。 令和 年 月 日 厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - - 印 都 道 府 県 知 事 住 所 (この届け出は、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。) <tr><td> (様式第2号) 柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出 (施術所の届け出) <table><tr><td rowspan="2">柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)</td><td>第1</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令 年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>免 許</td><td>番号</td><td colspan="3">(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日</td></tr><tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">施 術 所</td><td>名 称</td><td colspan="4">(電話番号: ())</td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">〒 -</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>開設者氏名及び住所</td><td colspan="4">氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -</td></tr><tr><td colspan="2">届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止</td><td>有 ・ 無</td><td>中 止 年 月 日</td><td>当該地方厚生(支)局長等</td></tr><tr><td colspan="2">柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出</td><td colspan="3">定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)</td></tr><tr><td colspan="5">注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。</td></tr><tr><td colspan="5">注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。</td></tr><tr><td colspan="5">(備考)</td></tr></table> (柔道整復師 (施術管理者) が都道府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。) 上記のとおり、届け出します。 令和 年 月 日 厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - - 都 道 府 県 知 事 住 所 (この届け出は、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。) </td></tr>	柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	ふりがな					氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生					免 許	番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日			ふりがな					施 術 所	名 称	(電話番号: ())				所 在 地	〒 -					ふりがな					開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -				届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無	中 止 年 月 日	当該地方厚生(支)局長等	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)			注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。					注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。					注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。					注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					(備考)					(様式第2号) 柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出 (施術所の届け出) <table><tr><td rowspan="2">柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)</td><td>第1</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令 年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>免 許</td><td>番号</td><td colspan="3">(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日</td></tr><tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">施 術 所</td><td>名 称</td><td colspan="4">(電話番号: ())</td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">〒 -</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>開設者氏名及び住所</td><td colspan="4">氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -</td></tr><tr><td colspan="2">届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止</td><td>有 ・ 無</td><td>中 止 年 月 日</td><td>当該地方厚生(支)局長等</td></tr><tr><td colspan="2">柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出</td><td colspan="3">定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)</td></tr><tr><td colspan="5">注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。</td></tr><tr><td colspan="5">注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。</td></tr><tr><td colspan="5">(備考)</td></tr></table> (柔道整復師 (施術管理者) が都道府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。) 上記のとおり、届け出します。 令和 年 月 日 厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - - 都 道 府 県 知 事 住 所 (この届け出は、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。)	柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第1	ふりがな					氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生					免 許	番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日			ふりがな					施 術 所	名 称	(電話番号: ())				所 在 地	〒 -					ふりがな					開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -				届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無	中 止 年 月 日	当該地方厚生(支)局長等	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)			注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。					注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。					注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。					注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					(備考)				
柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)		ふりがな																																																																																																																																																														
	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生																																																																																																																																																														
	免 許	番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日																																																																																																																																																													
	ふりがな																																																																																																																																																															
施 術 所	名 称	(電話番号: ())																																																																																																																																																														
	所 在 地	〒 -																																																																																																																																																														
	ふりがな																																																																																																																																																															
	開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -																																																																																																																																																														
届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無	中 止 年 月 日	当該地方厚生(支)局長等																																																																																																																																																												
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)																																																																																																																																																														
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。																																																																																																																																																																
注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。																																																																																																																																																																
注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。																																																																																																																																																																
注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。																																																																																																																																																																
(備考)																																																																																																																																																																
(様式第2号) 柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出 (施術所の届け出) <table><tr><td rowspan="2">柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)</td><td>第1</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令 年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>免 許</td><td>番号</td><td colspan="3">(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日</td></tr><tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">施 術 所</td><td>名 称</td><td colspan="4">(電話番号: ())</td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="4">〒 -</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>開設者氏名及び住所</td><td colspan="4">氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -</td></tr><tr><td colspan="2">届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止</td><td>有 ・ 無</td><td>中 止 年 月 日</td><td>当該地方厚生(支)局長等</td></tr><tr><td colspan="2">柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出</td><td colspan="3">定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)</td></tr><tr><td colspan="5">注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。</td></tr><tr><td colspan="5">注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。</td></tr><tr><td colspan="5">注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。</td></tr><tr><td colspan="5">(備考)</td></tr></table> (柔道整復師 (施術管理者) が都道府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。) 上記のとおり、届け出します。 令和 年 月 日 厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - - 都 道 府 県 知 事 住 所 (この届け出は、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。)	柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第1	ふりがな					氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生					免 許	番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日			ふりがな					施 術 所	名 称	(電話番号: ())				所 在 地	〒 -					ふりがな					開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -				届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無	中 止 年 月 日	当該地方厚生(支)局長等	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)			注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。					注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。					注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。					注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					(備考)																																																																																				
柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)		第1	ふりがな																																																																																																																																																													
	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生																																																																																																																																																														
	免 許	番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日																																																																																																																																																													
	ふりがな																																																																																																																																																															
施 術 所	名 称	(電話番号: ())																																																																																																																																																														
	所 在 地	〒 -																																																																																																																																																														
	ふりがな																																																																																																																																																															
	開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所 〒 -																																																																																																																																																														
届け出前5年間に於ける受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無	中 止 年 月 日	当該地方厚生(支)局長等																																																																																																																																																												
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)																																																																																																																																																														
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。																																																																																																																																																																
注2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。																																																																																																																																																																
注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。																																																																																																																																																																
注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。																																																																																																																																																																
(備考)																																																																																																																																																																

○別添1別紙の様式第2号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

○別添 1 別紙の様式第 2 号の 2 を次の表のように改正する。

（様式第2号の2）

柔道整備施設療養費の受領委任の取扱いに係る届け出（同意書）

施設所において勤務する他の柔道整備師として、協定書（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙）の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

（注）施設所に勤務する他の柔道整備師は、署名押印をすること。

（この届け出は、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。）

ふりがな		印		明・大・昭・平・令	年	月	日生
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第2 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				
ふりがな		印 明・大・昭・平・令					
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第3 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				
ふりがな		印 明・大・昭・平・令					
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第4 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				

（様式第2号の2）

柔道整備施設療養費の受領委任の取扱いに係る届け出（同意書）

施設所において勤務する他の柔道整備師として、協定書（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙）の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

（注）施設所に勤務する他の柔道整備師は、署名押印をすること。

（この届け出は、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。）

ふりがな		印		明・大・昭・平・令	年	月	日生
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第2 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				
ふりがな		印 明・大・昭・平・令					
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第3 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				
ふりがな		印 明・大・昭・平・令					
氏名		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令			
第4 免 届け出前5年間に於ける受領委任の取扱い中止		有・無		中止	年	月	日
勤務時間		午前 時 分～午後 時 分	当該地方厚生(支)局長等				

(傍線部分が改正部分)

(様式第2号の3) 誓約書 私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。また、当方の個人情報等を警察に提供することについて同意します。 記 1 受領委任を取扱う者として不適当な者 (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）である者 (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者 (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者 (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者 (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者 2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者 (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者 (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者 (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者 (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者 (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者 令和 年 月 日 (フリガナ) 受領委任の施術管理者氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 開設者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合には「同上」と記入すること。 (この届け出は、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）局都道府県事務所）へ提出してください。) <td> (様式第2号の3) 誓約書 私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。また、当方の個人情報等を警察に提供することについて同意します。 記 1 受領委任を取扱う者として不適当な者 (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）である者 (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者 (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者 (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者 (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者 2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者 (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者 (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者 (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者 (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者 (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者 令和 年 月 日 (フリガナ) 受領委任の施術管理者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 開設者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合には「同上」と記入すること。 (この届け出は、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）局都道府県事務所）へ提出してください。) </td>	(様式第2号の3) 誓約書 私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。また、当方の個人情報等を警察に提供することについて同意します。 記 1 受領委任を取扱う者として不適当な者 (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）である者 (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者 (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者 (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者 (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者 2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者 (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者 (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者 (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者 (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者 (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者 令和 年 月 日 (フリガナ) 受領委任の施術管理者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 開設者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別：男・女 住所 注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合には「同上」と記入すること。 (この届け出は、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）局都道府県事務所）へ提出してください。)
--	--

○別添1別紙の様式第2号の3を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届出事項の変更等

柔道整復師		登録記号番号			
(受領委任の 施術管理者)		氏名			
		施 術 所 名	(電話番号： ())		
		開 設 者 氏 名			
1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 中 止)		
変 更 内 容					
2 そ の 他	(変更年月日： 令和 年 月 日)				
理 由 等					

上記のとおり届出事項の変更を届け出します。
令和 年 月 日

厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師名 〒 - TEL. - - 印
都 道 府 県 知 事 住 所

(この届け出は、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。)

(補足) 当該柔道整復師(開設者又は管理者)が死亡した場合は、住民票等の確認できる書類の添付を必要とすること。
(注) 当該柔道整復師(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柔道整復師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柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届出事項の変更等

柔道整復師		登録記号番号			
(受領委任の 施術管理者)		氏名			
		施 術 所 名	(電話番号： ())		
		開 設 者 氏 名			
1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行 う ・ 中 止)		
変 更 内 容					
2 そ の 他	(変更年月日： 令和 年 月 日)				
理 由 等					

上記のとおり届出事項の変更を届け出します。
令和 年 月 日

厚 生 (支) 局 長 殿 柔道整復師名 〒 - TEL. - -
都 道 府 県 知 事 住 所

(この届け出は、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。)

(補足) 当該柔道整復師(開設者又は管理者)が死亡した場合は、住民票等の確認できる書類の添付を必要とすること。
(注) 当該柔道整復師(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柔道整復師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柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

○別添1 別紙の様式第4号を次の表のように改正する。

○別添 1 別紙の様式第 5 号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後		改 正 前																																																																																																																																																																																																																																																																																
(様式第 5 号) 柔道整復施術療養費支給申請書 令和 年 月 分 <table><tr><td colspan="2">都道府県番号</td><td colspan="2">施術機関コード</td></tr><tr><td colspan="2">保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>公費負担者番号①</td><td>公費負担医療の受給者番号①</td><td>1.単独 2.2併 3.3併</td><td>4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9</td></tr><tr><td>公費負担者番号②</td><td>公費負担医療の受給者番号②</td><td>1.単独 2.2併 3.3併</td><td>4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9</td></tr><tr><td>被保険者 世帯主・組合員の 受給者</td><td>氏名 住所</td><td>氏名 住所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">療養を受けた者の氏名</td><td>生 年 月 日</td><td>負傷の原因</td></tr><tr><td colspan="2">1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">2 女</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">負 傷 名</td><td>負 傷 年 月 日</td><td>初 検 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">(1)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(2)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(3)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(4)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(5)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">経 過</td><td>請求 区分</td><td>新規・継続</td></tr><tr><td colspan="2">施術日</td><td>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</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">初検料 円</td><td>初検時相談 支援料 円</td><td>往療料 km 回</td></tr><tr><td colspan="2">加算(休日・深夜・時間外) 円</td><td>再検料 円</td><td>加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円</td></tr><tr><td colspan="2">整復料・固定料・施療料</td><td>(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円</td><td>計 円</td></tr><tr><td colspan="2">通減 部位 %</td><td>通減開始 月 日</td><td>後療料 円 回</td></tr><tr><td colspan="2">(1) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(2) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(3) 60</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(4) 60</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(5) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">合 計</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">一部負担金</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">請求金額</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">金銭副子等 加算日</td><td>1 回目 2 回目 3 回目 4 回目</td><td>柔道整復運動 後療料加算日</td></tr><tr><td colspan="2">支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段</td><td>預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協</td><td>口座番号 口座 口座 口座 口座</td></tr><tr><td colspan="2">令和 年 月 日</td><td colspan="2">令和 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">所在地</td><td colspan="2">住 所(上記住所欄と同じ)</td></tr><tr><td colspan="2">施術所名称 柔道 整復師氏名</td><td colspan="2">被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名</td></tr></table> 備考 この用紙は、A 列 4 番とすること。(※は保険者使用欄)		都道府県番号		施術機関コード		保険者番号				記号・番号				公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9	被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	氏名 住所		療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	負傷の原因	1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令				2 女		年 月 日		負 傷 名		負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日	(1)				(2)				(3)				(4)				(5)				経 過		請求 区分	新規・継続	施術日		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		初検料 円		初検時相談 支援料 円	往療料 km 回	加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	整復料・固定料・施療料		(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	計 円	通減 部位 %		通減開始 月 日	後療料 円 回	(1) 100				(2) 100				(3) 60				(4) 60				(5) 100				合 計			円	一部負担金			円	請求金額			円	金銭副子等 加算日		1 回目 2 回目 3 回目 4 回目	柔道整復運動 後療料加算日	支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段		預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協	口座番号 口座 口座 口座 口座	令和 年 月 日		令和 年 月 日		所在地		住 所(上記住所欄と同じ)		施術所名称 柔道 整復師氏名		被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名		(様式第 5 号) 柔道整復施術療養費支給申請書 令和 年 月 分 <table><tr><td colspan="2">都道府県番号</td><td colspan="2">施術機関コード</td></tr><tr><td colspan="2">保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>公費負担者番号①</td><td>公費負担医療の受給者番号①</td><td>1.単独 2.2併 3.3併</td><td>4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9</td></tr><tr><td>公費負担者番号②</td><td>公費負担医療の受給者番号②</td><td>1.単独 2.2併 3.3併</td><td>4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9</td></tr><tr><td>被保険者 世帯主・組合員の 受給者</td><td>氏名 住所</td><td>氏名 住所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">療養を受けた者の氏名</td><td>生 年 月 日</td><td>負傷の原因</td></tr><tr><td colspan="2">1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">2 女</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">負 傷 名</td><td>負 傷 年 月 日</td><td>初 検 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">(1)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(2)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(3)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(4)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(5)</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">経 過</td><td>請求 区分</td><td>新規・継続</td></tr><tr><td colspan="2">施術日</td><td>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</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">初検料 円</td><td>初検時相談 支援料 円</td><td>往療料 km 回</td></tr><tr><td colspan="2">加算(休日・深夜・時間外) 円</td><td>再検料 円</td><td>加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円</td></tr><tr><td colspan="2">整復料・固定料・施療料</td><td>(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円</td><td>計 円</td></tr><tr><td colspan="2">通減 部位 %</td><td>通減開始 月 日</td><td>後療料 円 回</td></tr><tr><td colspan="2">(1) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(2) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(3) 60</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(4) 60</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(5) 100</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">合 計</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">一部負担金</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">請求金額</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">金銭副子等 加算日</td><td>1 回目 2 回目 3 回目 4 回目</td><td>柔道整復運動 後療料加算日</td></tr><tr><td colspan="2">支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段</td><td>預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協</td><td>口座番号 口座 口座 口座 口座</td></tr><tr><td colspan="2">令和 年 月 日</td><td colspan="2">令和 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">所在地</td><td colspan="2">住 所(上記住所欄と同じ)</td></tr><tr><td colspan="2">施術所名称 柔道 整復師氏名</td><td colspan="2">被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名</td></tr></table> 備考 この用紙は、A 列 4 番とすること。(※は保険者使用欄)	都道府県番号		施術機関コード		保険者番号				記号・番号				公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9	被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	氏名 住所		療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	負傷の原因	1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令				2 女		年 月 日		負 傷 名		負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日	(1)				(2)				(3)				(4)				(5)				経 過		請求 区分	新規・継続	施術日		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		初検料 円		初検時相談 支援料 円	往療料 km 回	加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	整復料・固定料・施療料		(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	計 円	通減 部位 %		通減開始 月 日	後療料 円 回	(1) 100				(2) 100				(3) 60				(4) 60				(5) 100				合 計			円	一部負担金			円	請求金額			円	金銭副子等 加算日		1 回目 2 回目 3 回目 4 回目	柔道整復運動 後療料加算日	支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段		預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協	口座番号 口座 口座 口座 口座	令和 年 月 日		令和 年 月 日		所在地		住 所(上記住所欄と同じ)		施術所名称 柔道 整復師氏名		被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名	
都道府県番号		施術機関コード																																																																																																																																																																																																																																																																																
保険者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																		
記号・番号																																																																																																																																																																																																																																																																																		
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9																																																																																																																																																																																																																																																																															
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9																																																																																																																																																																																																																																																																															
被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	氏名 住所																																																																																																																																																																																																																																																																																
療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	負傷の原因																																																																																																																																																																																																																																																																															
1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2 女		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																
負 傷 名		負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																															
(1)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(2)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(3)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(4)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(5)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
経 過		請求 区分	新規・継続																																																																																																																																																																																																																																																																															
施術日		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																																																																																																																																																																																																																																																																																
初検料 円		初検時相談 支援料 円	往療料 km 回																																																																																																																																																																																																																																																																															
加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円																																																																																																																																																																																																																																																																															
整復料・固定料・施療料		(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	計 円																																																																																																																																																																																																																																																																															
通減 部位 %		通減開始 月 日	後療料 円 回																																																																																																																																																																																																																																																																															
(1) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(2) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(3) 60																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(4) 60																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(5) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
合 計			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
一部負担金			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
請求金額			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
金銭副子等 加算日		1 回目 2 回目 3 回目 4 回目	柔道整復運動 後療料加算日																																																																																																																																																																																																																																																																															
支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段		預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協	口座番号 口座 口座 口座 口座																																																																																																																																																																																																																																																																															
令和 年 月 日		令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																
所在地		住 所(上記住所欄と同じ)																																																																																																																																																																																																																																																																																
施術所名称 柔道 整復師氏名		被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名																																																																																																																																																																																																																																																																																
都道府県番号		施術機関コード																																																																																																																																																																																																																																																																																
保険者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																		
記号・番号																																																																																																																																																																																																																																																																																		
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9																																																																																																																																																																																																																																																																															
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	1.単独 2.2併 3.3併	4.本人 5.家族 6.高1 7.高2 8.高3 9.高4 10・9																																																																																																																																																																																																																																																																															
被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	氏名 住所																																																																																																																																																																																																																																																																																
療養を受けた者の氏名		生 年 月 日	負傷の原因																																																																																																																																																																																																																																																																															
1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令																																																																																																																																																																																																																																																																																		
2 女		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																
負 傷 名		負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																															
(1)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(2)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(3)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(4)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(5)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
経 過		請求 区分	新規・継続																																																																																																																																																																																																																																																																															
施術日		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																																																																																																																																																																																																																																																																																
初検料 円		初検時相談 支援料 円	往療料 km 回																																																																																																																																																																																																																																																																															
加算(休日・深夜・時間外) 円		再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円																																																																																																																																																																																																																																																																															
整復料・固定料・施療料		(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	計 円																																																																																																																																																																																																																																																																															
通減 部位 %		通減開始 月 日	後療料 円 回																																																																																																																																																																																																																																																																															
(1) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(2) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(3) 60																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(4) 60																																																																																																																																																																																																																																																																																		
(5) 100																																																																																																																																																																																																																																																																																		
合 計			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
一部負担金			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
請求金額			円																																																																																																																																																																																																																																																																															
金銭副子等 加算日		1 回目 2 回目 3 回目 4 回目	柔道整復運動 後療料加算日																																																																																																																																																																																																																																																																															
支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段		預金の機関 金庫 銀行 支店 本店 支所 農協	口座番号 口座 口座 口座 口座																																																																																																																																																																																																																																																																															
令和 年 月 日		令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																
所在地		住 所(上記住所欄と同じ)																																																																																																																																																																																																																																																																																
施術所名称 柔道 整復師氏名		被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名																																																																																																																																																																																																																																																																																

○別添２別紙の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
別紙 第４章 療養費の請求 (申請書の作成) 26 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に努めること。 (1)～(3) (略) (4) 申請書の「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号の記入を求めること。「受取代理人への委任」欄は、患者の自筆により被保険者の住所、氏名、委任年月日の記入を受けること。利き手を負傷しているなど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、柔道整復師が自筆により代理記入し患者からぼ印を受けること。 (5)～(6) (略) 27～28 (略)	別紙 第４章 療養費の請求 (申請書の作成) 26 丁は、保険者等に療養費を請求する場合は、次に掲げる方式により柔道整復施術療養費支給申請書（以下「申請書」という。）を作成し、速やかな請求に努めること。 (1)～(3) (略) (4) 申請書の「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号の記入を求めること。「受取代理人」欄は、患者の自筆により被保険者の住所、氏名、委任年月日の記入を受けること。利き手を負傷しているなど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、柔道整復師が自筆により代理記入し患者から押印を受けること。 (5)～(6) (略) 27～28 (略)

○別添 2 の様式第 1 号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
(様式第 1 号) 確 約 書 柔道整復師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 2 2 年 5 月 2 4 日保発 0524 第 2 号通知別添 2）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 柔道整復師氏名 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。〕	(様式第 1 号) 確 約 書 柔道整復師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 2 2 年 5 月 2 4 日保発 0524 第 2 号通知別添 2）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 柔道整復師氏名 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。〕

(傍線部分が改正部分)

改正前

(様式第2号)
柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (施術所の申し出)

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	ふりがな				
第1	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生			
免	許 番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日			
ふりがな	(電話番号: ())				
施 術 所	名 称	〒 -			
所在地	〒 -				
ふりがな	〒 -				
開設者氏名及び住所	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所			
届け出前5年間における受領委任の取扱いの中止	有 ・ 無	中止年月日	日生		
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行う・行わない)			
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で申し出ること。					
2 申し出に当たっては、施術所の申し出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。					
3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。					
4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合に「同じ」を記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					
(備考)					

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。
令和 年 月 日
厚生 (支) 局長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - 住 所
都 道 府 県 知 事 住 所
(この申し出は、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。)

改正後

(様式第2号)
柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (施術所の申し出)

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第1	ふりがな				
氏名	免	許 番号	明・大・昭・平・令 年 月 日生			
ふりがな	(電話番号: ())					
施 術 所	名 称	〒 -				
所在地	〒 -					
ふりがな	〒 -					
開設者氏名及び住所	氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生 住所				
届け出前5年間における受領委任の取扱いの中止	有 ・ 無	中止年月日	日生			
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行う・行わない)				
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で申し出ること。						
2 申し出に当たっては、施術所の申し出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。						
3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。						
4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合に「同じ」を記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。						
(備考)						

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。
令和 年 月 日
厚生 (支) 局長 殿 柔道整復師氏名 〒 - TEL. - 住 所
都 道 府 県 知 事 住 所
(この申し出は、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。)

○別添2の様式第2号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

○別添 2 の様式第 2 号の 2 を次の表のように改正する。

改正前

改正後

(様式第2号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出（同意書）

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程（平成22年5月24日保発0552第2号通知の別添2）の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

ふりがな									
第2		氏 名		印 明・大・昭・平・令 年 月 日生					
		許 番 号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日生					
		免		申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日 当該地方厚生(支)局長等	
		勤務時間		午前 時 分～午後 時 分		分(月、火、水、木、金、土、日)			
		ふりがな							
第3		氏 名		印 明・大・昭・平・令 年 月 日生					
		許 番 号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日生					
		免		申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日 当該地方厚生(支)局長等	
		勤務時間		午前 時 分～午後 時 分		分(月、火、水、木、金、土、日)			
		ふりがな							
第4		氏 名		印 明・大・昭・平・令 年 月 日生					
		許 番 号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日生					
		免		申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日 当該地方厚生(支)局長等	
		勤務時間		午前 時 分～午後 時 分		分(月、火、水、木、金、土、日)			

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名押印をすること。

(この申し出は、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号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出（同意書）

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2）の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

ふりがな									
第2		氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日					
		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日					
		免							
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日			
						当該地方厚生(支)局長等			
		勤務時間		午前 時 分～ 午後 時 分	時 分(月、火、水、木、金、土、日)				
		ふりがな							
第3		氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日					
		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日					
		免							
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日			
						当該地方厚生(支)局長等			
		勤務時間		午前 時 分～ 午後 時 分	時 分(月、火、水、木、金、土、日)				
		ふりがな							
第4		氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日					
		許番号		(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日					
		免							
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止		有 ・ 無		中 止 年 月 日			
						当該地方厚生(支)局長等			
		勤務時間		午前 時 分～ 午後 時 分	時 分(月、火、水、木、金、土、日)				

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名すること。

(この申し出は、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。)

(傍線部分が改正部分)

改正前 (様式第2号の3) 誓約書 私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。また、当方の個人情報等を警察に提供することについて同意します。 記 1 受領委任を取扱う者として不適当な者 (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。(以下同じ。))又は暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。))である者 (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者 (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者 (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者 (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者 2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者 (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者 (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者 (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者 (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者 (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者 令和 年 月 日 (フリガナ) 受領委任の施術管理者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 住所 (フリガナ) 開設者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 住所 注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合には「同上」と記入すること。 (この申し出は、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)局都道府県事務所)へ提出してください。)	改正後 (様式第2号の3) 誓約書 私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。また、当方の個人情報等を警察に提供することについて同意します。 記 1 受領委任を取扱う者として不適当な者 (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。(以下同じ。))又は暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。))である者 (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者 (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者 (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者 (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者 2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者 (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者 (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者 (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者 (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者 (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者 令和 年 月 日 (フリガナ) 受領委任の施術管理者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 住所 (フリガナ) 開設者氏名 印 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 住所 TEL 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 TEL 明・大・昭・平・令 年 月 日 性別：男・女 注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合には「同上」と記入すること。 (この申し出は、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)局都道府県事務所)へ提出してください。)
---	---

○別添2の様式第2号の3を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

柔道整復師		登録記号番号			
(受領委任の 施術管理者)		氏名			
		施 術 所 名	(電話番号： ())		
		開設者氏名	氏名		
1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行う・中止)		
変更内容	(変更年月日： 令和 年 月 日)				
2 その他理由等					

上記のとおり申出事項の変更を申し出します。

令和 年 月 日

厚生 (支) 局長 殿 柔道整復師名 〒 - - TEL. - - 印
都 道 府 県 知 事 住 所

(この申し出は、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。)

(注) 当該柔道整復師(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、申出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師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柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

改 正 前

改 正 後

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

柔道整復師		登録記号番号			
(受領委任の 施術管理者)		氏名			
		施 術 所 名	(電話番号： ())		
		開設者氏名	氏名		
1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行う・中止)		
変更内容	(変更年月日： 令和 年 月 日)				
2 その他理由等					

上記のとおり申出事項の変更を申し出します。

令和 年 月 日

厚生 (支) 局長 殿 柔道整復師名 〒 - - TEL. - -
都 道 府 県 知 事 住 所

(この申し出は、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。)

(注) 当該柔道整復師(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、申出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師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柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

○別添2の様式第4号を次の表のように改正する。

○別添 2 の様式第 5 号を次の表のように改正する。

(傍線部分が改正部分)

[illegible]

2 適用日

1 の改正は、令和 3 年 4 月 1 日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。