

○生活保護法による医療扶助運営要領について (昭和 36 年 9 月 30 日社発第 727 号)

改正後	現行
<p style="text-align: right;">社発第 727 号 昭和 36 年 9 月 30 日</p> <p>各 都道府県知事 殿 指定都市長</p> <p style="text-align: right;">厚生省社会局長</p> <p style="text-align: center;">生活保護法による医療扶助運営要領について</p> <p>標記については、昭和 33 年 7 月 3 日社発第 424 号本職通知を全面改正して新たに次のとおり定めたので、今後はこの運営要領により医療扶助の実施に万全を期されたい。 なお、今回の全面改正の要旨は、別紙のとおりである。</p> <p>第 1・第 2 (略)</p> <p>第 3 医療扶助実施方式</p> <p>1 (略)</p> <p>2 医療扶助の決定</p> <p>(1) ~ (4) 略</p> <p>(5) 医療券の発行</p> <p>医療扶助による診察、薬剤(調剤を除く。)、医学的処置、手術等の診療の給付は、医療券を発行して行なうものとする。</p> <p>ア~エ (略)</p> <p>オ 医療券の交付</p> <p>医療券の交付にあたっては、特に次の点に留意させること。</p> <p>(ア)・(イ) (略)</p> <p>(ウ) 治療が終わったとき、又は診療を中止したときは、速やかにその旨を福祉事務所に届け出ること。</p>	<p style="text-align: right;">社発第 727 号 昭和 36 年 9 月 30 日</p> <p>各 都道府県知事 殿 指定都市長</p> <p style="text-align: right;">厚生省社会局長</p> <p style="text-align: center;">生活保護法による医療扶助運営要領について</p> <p>標記については、昭和 33 年 7 月 3 日社発第 424 号本職通知を全面改正して新たに次のとおり定めたので、今後はこの運営要領により医療扶助の実施に万全を期されたい。 なお、今回の全面改正の要旨は、別紙のとおりである。</p> <p>第 1・第 2 (略)</p> <p>第 3 医療扶助実施方式</p> <p>1 (略)</p> <p>2 医療扶助の決定</p> <p>(1) ~ (4) 略</p> <p>(5) 医療券の発行</p> <p>医療扶助による診察、薬剤(調剤を除く。)、医学的処置、手術等の診療の給付は、医療券を発行して行なうものとする。</p> <p>ア~エ (略)</p> <p>オ 医療券の交付</p> <p>医療券の交付にあたっては、特に次の点に留意させること。</p> <p>(ア)・(イ) (略)</p> <p>(ウ) 治療が終わったとき、又は診療を中止したときは、速やかにその旨を福祉事務所に届け出ること。</p>

受領者が患者以外の者であるときは、特に誤解または不適正のないように注意すること。

医療券の交付にあたっては、被保護者をして医療券交付処理簿に記名をさせ、または被保護者から受領証を徴すること。ただし、被保護者が入院中であって扶養義務者等がない場合等、これが困難な場合には、医療券を所定の医療機関に直接交付しても差しつかえないが、この場合は事後に当該医療機関に対し、被保護者の受領証を送付するよう依頼することとし、被保護者から受領証を徴することが困難な状態にあるときは、当該医療機関の管理者から受領証を徴すること。

カ・キ (略)

3～13 (略)

第4～第8 (略)

受領者が患者以外の者であるときは、特に誤解または不適正のないように注意すること。

医療券の交付にあたっては、被保護者をして医療券交付処理簿に受領印を押させ、または被保護者から受領証を徴すること。ただし、被保護者が入院中であって扶養義務者等がない場合等、これが困難な場合には、医療券を所定の医療機関に直接交付しても差しつかえないが、この場合は事後に当該医療機関に対し、被保護者の受領証を送付するよう依頼することとし、被保護者から受領証を徴することが困難な状態にあるときは、当該医療機関の管理者から受領証を徴すること。

カ・キ (略)

3～13 (略)

第4～第8 (略)

(様式第11号)

様式第11号

(1) 給付券 (券) 交付処理簿

交付番号	月別	患者氏名	記名欄	備考
1	月分			
2	"			
3	"			
4	"			
5	"			
6	"			

(2) 給付券 (券) 交付処理簿 (併用分)

受給者番号	月別	患者氏名	医療機関 等コード	本人 支払額	記名 欄	確認 印	備考
000 001	8 月分						
000 002	6 "						
000 003	4 "						
000 004	2 "						
000 005	9 "						
000 006	7 "						

(様式第11号)

様式第11号

(1) 給付券 (券) 交付処理簿

交付番号	月別	患者氏名	受給印	備考
1	月分			
2	"			
3	"			
4	"			
5	"			
6	"			

(2) 給付券 (券) 交付処理簿 (併用分)

受給者番号	月別	患者氏名	医療機関 等コード	本人 支払額	受給 印	確認 印	備考
000 001	8 月分						
000 002	6 "						
000 003	4 "						
000 004	2 "						
000 005	9 "						
000 006	7 "						

(様式 13号)

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※受理 年月日	年月日
(氏名) (歳)			
に係る医療の要否について意見を求めます。			
院(所)長 殿			令和 年 月 日
			福祉事務所長 (印)

傷病名又は部位	(1) 初診 (2) 年月日 (3) 年月日	(1) 年月日 (2) " " " (3) " " "	転 帰 (継続の とき記入)	年月日 治 死 中 ゆ 亡 止
主要症状及び今後の診療見込 (今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)				
治療見込期間	入院外	か月 日間	(1)今回診療日以降1か月間	福祉事務所 事務事項 (～)
	入院	か月 日間	円	
	(予定) 年月日	年月日	(入院料 円)	
上記のとおり(1入院外 2入院)医療を(1要する 2要しない)と認めます。 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 担当医師(診療科名)				
※嘱託医の意見				

(切 取 線)

※発行年月日	年月日	診療料・検査料請求書
※受理年月日	年月日	令和 年 月 日
福祉事務所長 殿		
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名		
下記のとおり請求します。		
この券による 診療年月日	年月日	※受診者氏名 (歳)
請求額	診療料 " " " " 点 " " "	(検査名)
合 計	初・再 点 " " "	※社保等負担額 円 差引計 円 (印)

※発行取扱者

(様式 13号)

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続(単・併)	※受理 年月日	年月日
(氏名) (歳)			
に係る医療の要否について意見を求めます。			
院(所)長 殿			令和 年 月 日
			福祉事務所長 (印)

傷病名又は部位	(1) 初診 (2) 年月日 (3) 年月日	(1) 年月日 (2) " " " (3) " " "	転 帰 (継続の とき記入)	年月日 治 死 中 ゆ 亡 止
主要症状及び今後の診療見込 (今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)				
治療見込期間	入院外	か月 日間	(1)今回診療日以降1か月間	福祉事務所 事務事項 (～)
	入院	か月 日間	円	
	(予定) 年月日	年月日	(入院料 円)	
上記のとおり(1入院外 2入院)医療を(1要する 2要しない)と認めます。 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 担当医師(診療科名) (印)				
※嘱託医の意見				

(切 取 線)

※発行年月日	年月日	診療料・検査料請求書
※受理年月日	年月日	令和 年 月 日
福祉事務所長 殿		
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 (印)		
下記のとおり請求します。		
この券による 診療年月日	年月日	※受診者氏名 (歳)
請求額	診療料 " " " " 点 " " "	(検査名)
合 計	初・再 点 " " "	※社保等負担額 円 差引計 円 (印)

※発行取扱者

(様式第16号)

(表 面)
精神疾患入院要否意見書

Form for '精神疾患入院要否意見書' (Form No. 16). Includes fields for patient name, birth date, address, and medical history. It contains detailed instructions for medical staff regarding admission criteria and procedures.

(注意) 1. 申請の期は福祉事務所が記入します。
2. 申請の期は福祉事務所が記入してある場合記入の必要はありません。
3. この意見書の具体的な記入要領及びこの意見が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の精神入院の要件に該当する旨の記載は必要に応じて下さい。
4. 精神障害者については、精神障害者6か月経過時、「精神保健法」第71条の精神障害者6か月経過時に関する精神障害者意見書を「2. 過去6か月間の病状の経過」に、1か月を超えて診断を必要とするものについて、第2か月目以降6か月目までに要する医療費負担額を記入して下さい。

(様式第16号)

(表 面)
精神疾患入院要否意見書

Form for '精神疾患入院要否意見書' (Form No. 16). Includes fields for patient name, birth date, address, and medical history. It contains detailed instructions for medical staff regarding admission criteria and procedures.

(注意) 1. 申請の期は福祉事務所が記入します。
2. 申請の期は福祉事務所が記入してある場合記入の必要はありません。
3. この意見書の具体的な記入要領及びこの意見が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の精神入院の要件に該当する旨の記載は必要に応じて下さい。
4. 精神障害者については、精神障害者6か月経過時、「精神保健法」第71条の精神障害者6か月経過時に関する精神障害者意見書を「2. 過去6か月間の病状の経過」に、1か月を超えて診断を必要とするものについて、第2か月目以降6か月目までに要する医療費負担額を記入して下さい。

(様式第17号)

保護変更申請書 (傷病届)

※指定医療機関名		※発行年月日	
利用者氏名		居住地	
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他
病状及び理由			
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。			
福祉事務所長 殿		年 月 日	
		住 所	
		申請者 氏 名	
		利用者との関係	

訪問看護要否意見書 (新規・継続)

※利用者氏名		※生年月日	年 月 日
主たる病名		訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護見込期間	ヶ月	訪問看護見込回数 (1週辺り)	1 1回 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 (週当たり 回)
実施が適当と思われる訪問看護事業者	所在地 名称		
上記のとおり訪問看護を (1 要する 2 要しない) と認めます。			
福祉事務所長 殿		年 月 日	
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名			
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否 (ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間 (月) 3 訪問看護見込回数 (1週当たり 回 (週当たり 回)) 4 参考意見		
	年 月 日		◎
	嘱託医		

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所にて記入します。
2 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

(様式第17号)

保護変更申請書 (傷病届)

※指定医療機関名		※発行年月日	
利用者氏名		居住地	
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他
病状及び理由			
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。			
福祉事務所長 殿		年 月 日	
		住 所	
		申請者 氏 名	◎
		利用者との関係	

訪問看護要否意見書 (新規・継続)

※利用者氏名		※生年月日	年 月 日
主たる病名		訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護見込期間	ヶ月	訪問看護見込回数 (1週辺り)	1 1回 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 (週当たり 回)
実施が適当と思われる訪問看護事業者	所在地 名称		
上記のとおり訪問看護を (1 要する 2 要しない) と認めます。			
福祉事務所長 殿		年 月 日	
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名			
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否 (ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間 (月) 3 訪問看護見込回数 (1週当たり 回 (週当たり 回)) 4 参考意見		
	年 月 日		◎
	嘱託医		

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所にて記入します。
2 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

(様式第18号の1)

給付要否意見書 (所要経費概算見積書)

1 治療材料 2 移送

※ 福祉事務 所 記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日	
	※ (年 月 日以降の) (氏名) (歳)に係る			
1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。				
令和 年 月 日				
福祉事務所長			印	

※取扱業者名

要 否 意 見 (医 師 記 載 欄)	傷病名 (1)		傷病の程度及び給付を必要とする理由		
	(2)				
	(3)				

給 付 内 容	治療材料	種類			
		使用見込期間			か月
	移送	種類・区間			
		治療に必要な通院頻度		1か月に	日
		移送を要する見込期間		か月	

(患者氏名) _____
 _____について上記のとおり、給付を(1要する 2要しない)
 と認めます。
 令和 年 月 日
 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称
 院(所)長

給付方法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金額
購入					
合計					
貸与・修理					
合計					

(治療材料)
 _____について、上記のとおり概算見積します。
 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日
 取扱業者の所在地及び名称

※発行取扱者

(移送費概算見積額等を記載)

整理欄

※福祉事務所 印

(記載注意) ※印欄は福祉事務所に記載するので、記載しないこと。

(様式第18号の1)

給付要否意見書 (所要経費概算見積書)

1 治療材料 2 移送

※ 福祉事務 所 記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日	
	※ (年 月 日以降の) (氏名) (歳)に係る			
1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。				
令和 年 月 日				
福祉事務所長			印	

※取扱業者名

要 否 意 見 (医 師 記 載 欄)	傷病名 (1)		傷病の程度及び給付を必要とする理由		
	(2)				
	(3)				

給 付 内 容	治療材料	種類			
		使用見込期間			か月
	移送	種類・区間			
		治療に必要な通院頻度		1か月に	日
		移送を要する見込期間		か月	

(患者氏名) _____
 _____について上記のとおり、給付を(1要する 2要しない)
 と認めます。
 令和 年 月 日
 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称
 院(所)長

給付方法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金額
購入					
合計					
貸与・修理					
合計					

(治療材料)
 _____について、上記のとおり概算見積します。
 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日
 取扱業者の所在地及び名称

※発行取扱者

(移送費概算見積額等を記載)

整理欄

※福祉事務所 印

(記載注意) ※印欄は福祉事務所に記載するので、記載しないこと。

(様式第18号の1の2)

給付要否意見書(糸道整備)

※ 福祉事務 所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※ 受理年月日 年 月 日			※ 指定 施術者 名
	※ (年 月 日以降の)		※ (氏名) (歳)に係る施術の給付の 要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要 否 意 見 (糸道 整備 係 記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)	傷病の程度及び給付を必要とする理由		
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養(治療)見込期間		概算見積額(初検時又は4ヶ月目以降)				
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円		
(患者氏名) _____について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 院(所)長						
医師同意	(注) 脱臼又は骨折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要					
※ 嘱託 医 意 見	印 印					

(様式第18号の1の2)

給付要否意見書(糸道整備)

※ 福祉事務 所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※ 受理年月日 年 月 日			※ 指定 施術者 名
	※ (年 月 日以降の)		※ (氏名) (歳)に係る施術の給付の 要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要 否 意 見 (糸道 整備 係 記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)	傷病の程度及び給付を必要とする理由		
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養(治療)見込期間		概算見積額(初検時又は4ヶ月目以降)				
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円		
(患者氏名) _____について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 院(所)長 印						
医師同意	(注) 脱臼又は骨折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要					
※ 嘱託 医 意 見	印 印					

(記載注意)

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

(記載注意)

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

(様式第18号の1の3)

給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※ 受理年月日 年 月 日			※指定施術者名
	※ (年 月 日以降の)		※ (氏名) (歳)に係る施術の給付の要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要 否 意 見 (施術者記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)		傷病の程度及び給付を必要とする理由	
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養(治療)見込期間		概算見積額(初検時又は7ヶ月日以降)				
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円		
		4月目 円	5月目 円	6月目 円		
往療が必要な場合その理由						
(患者氏名)		_____について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。				
		令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称				
医師同意	同意年月日	年 月 日				※発行取扱者名
	指定医療機関名					
	所在地					
	医師氏名					
	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ください) (任意)				
※嘱託医意見						印

(様式第18号の1の3)

給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※ 受理年月日 年 月 日			※指定施術者名
	※ (年 月 日以降の)		※ (氏名) (歳)に係る施術の給付の要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要 否 意 見 (施術者記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)		傷病の程度及び給付を必要とする理由	
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続			
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養(治療)見込期間		概算見積額(初検時又は7ヶ月日以降)				
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円		
		4月目 円	5月目 円	6月目 円		
往療が必要な場合その理由						
(患者氏名)		_____について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。				
		令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称				
医師同意	同意年月日	年 月 日				※発行取扱者名
	指定医療機関名					
	所在地					
	医師氏名					
	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ください) (任意)				
※嘱託医意見						印

--	--

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

--	--

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

(様式第25号)

治療材料券・治療材料費請求明細書

地区担当員印

取扱担当者印

生活 保 護 法 治 療 材 料 券	交付番号	この件の有効期限		1 単給 2 併給	
	受給者氏名		(歳) 男 女	居住地	
	取扱業者		所在地		
	種 類		金額		
	給付方法	購入・貸与(月 - 月) - 修理(修理方法:)			

福祉事務所長印

種 類	数量	単価	金額	摘要
計				
※社保負担(健・共)		有・無 割	円	
※他 法 負 担		有・無 割	円	
※本 人 支 払 額			円	
差 引 請 求 (支 払) 金 額			円	

請求者氏名
及び住所

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。
 2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

(様式第25号)

治療材料券・治療材料費請求明細書

地区担当員印

取扱担当者印

生 活 保 護 法 治 療 材 料 券	交付番号	この件の有効期限		1 単給 2 併給	
	受給者氏名		(歳) 男 女	居住地	
	取扱業者		所在地		
	種 類		金額		
	給付方法	購入・貸与(月 - 月) - 修理(修理方法:)			

福祉事務所長印

種 類	数量	単価	金額	摘要
計				
※社保負担(健・共)		有・無 割	円	
※他 法 負 担		有・無 割	円	
※本 人 支 払 額			円	
差 引 請 求 (支 払) 金 額			円	

請求者氏名
及び住所

印

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。
 2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

(様式第26号の1)

(表 面)
あん摩・マッサージ
(地区担当員印)

(年 月分) (取扱担当者印)

生活 保護 法 施 術 券	交付番号	この券の有効期間	日から	日まで	1 単給 2 併給	
	患者氏名 (歳) 男 女	居住地				
	指定施術者名	傷病名 (部位)				
施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰	治療・中止
	①マッサージ	頸 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回= 回=	円 円 円 円 円	摘 要
	②温電法 (加算)		円×	回=	円	
	③温電法・電気光線器具 (加算)		円×	回=	円	
	④変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回=	円 円 円 円	摘 要
	⑤往 療 料 4kmまで 4km超		円× 円×	回= 回=	円 円	
	⑥施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円	
	施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤)			請 求	※決定	
	※ ⑧ 社 保 負 担 (健・共)	有・無	割	円	円	
※ ⑨ 本 人 支 払 額		円	円	円		
⑩ 差引請求 (支払) 金額 (⑧-⑨-⑩)			円	円		
請求書	(患者氏名) にかかると記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 住所 福祉事務所長 殿 指定施術者 氏名					

※福祉事務所長印

(様式第26号の1)

(表 面)
あん摩・マッサージ
(地区担当員印)

(年 月分) (取扱担当者印)

生 活 保 護 法 施 術 券	交付番号	この券の有効期間	日から	日まで	1 単給 2 併給	
	患者氏名 (歳) 男 女	居住地				
	指定施術者名	傷病名 (部位)				
施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰	治療・中止
	①マッサージ	頸 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回= 回=	円 円 円 円 円	摘 要
	②温電法 (加算)		円×	回=	円	
	③温電法・電気光線器具 (加算)		円×	回=	円	
	④変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回=	円 円 円 円	摘 要
	⑤往 療 料 4kmまで 4km超		円× 円×	回= 回=	円 円	
	⑥施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円	
	施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤)			請 求	※決定	
	※ ⑧ 社 保 負 担 (健・共)	有・無	割	円	円	
※ ⑨ 本 人 支 払 額		円	円	円		
⑩ 差引請求 (支払) 金額 (⑧-⑨-⑩)			円	円		
請求書	(患者氏名) にかかると記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 住所 福祉事務所長 殿 指定施術者 氏名					

※福祉事務所長印

(裏面)

(あん摩)

指定施術者への知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所长印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所长の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出て下さい。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(裏面)

(あん摩)

指定施術者への知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所长印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名及び捺印もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所长の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出て下さい。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(裏 面)

(※道重複)

■指定施術者への知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名（部位）」欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名を記入してください。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病（部位）についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患者までの直線距離（km）、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
(1) 歩行困難等真にやむを得ない理由
(2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
(3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
(4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
(1) 請求書の氏名の記入もれ
(2) 初検年月日の記入もれ
(3) 往療距離の記入もれ
(4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(裏 面)

(※道重複)

■指定施術者への知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名（部位）」欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名を記入してください。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病（部位）についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患者までの直線距離（km）、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
(1) 歩行困難等真にやむを得ない理由
(2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
(3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
(4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
(1) 請求書の氏名及び捺印もれ
(2) 初検年月日の記入もれ
(3) 往療距離の記入もれ
(4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(様式第26号の3)

(表 面)

施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)	(福祉事務所長印)
交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月 日	1 単位 2 併給
患者氏名 (歳) 男 女	居住地		
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 肩袖損傷 7 その他 ()	はり・きゅう師氏名		

施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

○初回施術 年月日	年月日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・中止	
①初 検 料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用			円	備 考			
② 施 術 料	はり	円×	回=	円				
	きゅう	円×	回=	円				
	はり、きゅう併用	円×	回=	円				
電療料	1 電気計 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円×	回=	円		
③ 往 療 料	4kmまで 4km超			円× 円×	回= 回=	円 円		
施術日 通院○ 往療○	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
④ 合 計 金 額 (①+②+③)				請 求		※決 定		
※ ⑤ 社 保 負 担 (健・共) 有・無 別				円		円		
※ ⑥ 本 人 支 払 額				円		円		
⑦ 差引請求(支払)金額 (④-⑤-⑥)				円		円		

請求書	(患者氏名) にかかると記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 福祉事務所長 氏 住 所 はり・きゅう師 氏 名		
	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。 令和 年 月 日 (はり・きゅう師名) 氏 名		

(様式第26号の3)

(表 面)

施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)	(福祉事務所長印)
交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月 日	1 単位 2 併給
患者氏名 (歳) 男 女	居住地		
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 肩袖損傷 7 その他 ()	はり・きゅう師氏名		

施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

○初回施術 年月日	年月日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・中止	
①初 検 料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用			円	備 考			
② 施 術 料	はり	円×	回=	円				
	きゅう	円×	回=	円				
	はり、きゅう併用	円×	回=	円				
電療料	1 電気計 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円×	回=	円		
③ 往 療 料	4kmまで 4km超			円× 円×	回= 回=	円 円		
施術日 通院○ 往療○	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
④ 合 計 金 額 (①+②+③)				請 求		※決 定		
※ ⑤ 社 保 負 担 (健・共) 有・無 別				円		円		
※ ⑥ 本 人 支 払 額				円		円		
⑦ 差引請求(支払)金額 (④-⑤-⑥)				円		円		

請求書	(患者氏名) にかかると記明細書による施術料を請求します。 令和 年 月 日 福祉事務所長 氏 住 所 はり・きゅう師 氏 名		
	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。 令和 年 月 日 (はり・きゅう師名) 氏 名		

(裏 面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意して下さい。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(裏 面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名および捺印もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意して下さい。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。