

社援第2213号  
令和6年9月13日

大阪府知事と協定を締結する  
施術団体の代表者様

大阪府福祉部地域福祉推進室社会援護課長

「生活保護法による医療扶助運営要領について」の一部改正について」等について（送付）

日頃より、本府福祉行政にご協力いただきありがとうございます。  
このたび、厚生労働省から下記通知がありましたので別添送付します。

記

- (1) 「生活保護法による医療扶助運営要領について」の一部改正について（通知）（社援発0910第2号）

【連絡先】

大阪府福祉部地域福祉推進室  
社会援護課 生活保護審査・指導グループ  
TEL 06-6941-0351（内線2498・2467）  
FAX 06-6941-0227

社援発0910第2号  
令和6年9月10日

各 都 道 府 県 知 事 長 殿  
市 別 区 長  
福祉事務所を設置する町村の長

厚生労働省社会・援護局長  
( 公 印 省 略 )

「生活保護法による医療扶助運営要領について」の一部改正について（通知）

生活保護の医療扶助については、「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号厚生省社会局長通知）により取り扱われているところであるが、今般、本通知中様式第26号の1、第26号の2、第26号の3について、それぞれ別添1から別添3までのとおり改め、令和6年10月1日以降の施術分から適用することとしたので、御了知の上、その取扱に遺漏のなきを期されたい。

様式第26号の1

(表 面)  
あん摩・マッサージ

( 年 月分)

(地区担当員印)

(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 (施術料)	同意部位	(軽幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																									
		施術回数	回	回	回	回	回																										
		通所	円×	回=	円																												
		訪問施術料 1	円×	回=	円																												
		訪問施術料 2	円×	回=	円																												
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円×	回=	円																												
		訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回=	円																												
		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 (加算)	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																										
	施術回数		回	回	回	回																											
	⑤特別地域 (加算)	円×	回=	円																													
	⑥往 療 料	円×	回=	円																													
	⑦施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円																													
施術日	訪問1①	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○	訪問2②																																
往療○	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 ( 1. 徒歩による公共交通機関を便するの外出困難 2. 認知症や視覚、内聴、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ( ) )																																	
⑧ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦)					請求	※決定																											
					円	円																											
※ ⑨ 社 保 負 担 (健・共)			有・無	割	円	円																											
※ ⑩ 本 人 支 払 額					円	円																											
⑪ 差引請求 (支払) 金額 (⑧-⑨-⑩)					円	円																											
請 求 書	(患者氏名) にかかると上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2

施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復） （令和 年 月 分）										地区担当員印	取扱担当者印	福祉事務所長印																			
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														
	氏名	1 男 2 女		生年月日			1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 年 月 日			住所																					
	指定施術者名								傷病名（部位）																						
施術報酬請求明細書	負傷名	負傷年月日	初療年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	継続月数	転 帰																							
	(1)							治癒・中止・転医																							
	(2)							治癒・中止・転医																							
	(3)							治癒・中止・転医																							
	(4)							治癒・中止・転医																							
	(5)							治癒・中止・転医																							
	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																														
	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	初検時相談 円 支援料 円		往療料 km 円 回 円		金属副子等 加算 円 回		柔道整復 円 運動後療料 円		施術情報 提供料 円		明細書発行 体制加算 円		計 円																	
加算（休日・深夜・時間外）	再検料 円		加算（夜間・難路・暴風雨雪）		円		円		円		円		円																		
整復料・固定料・ 施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円		計 円		計 円		計 円																			
部位	透減 %	連 減 開 始 月 日	後療料 円 回 円	冷電法料 円 回 円	温電法料 円 回 円	電療料 円 回 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円	頻回 計 円																					
(1)	100	—						—	—																						
(2)	100	—						—	—																						
(3)	60	—						0.6	—																						
(4)	60	—						0.6	—																						
	100	—						—	—																						
摘 要								合 計	—						円																
								※社保負担（健・共） 有・無 割	—						円																
金属副子等 加算日	1回目 日	2回目 日	3回目 日					本人支払額	※						円																
柔道整復運動 後療料加算日	日	日	日	日	日	日	日	差引請求 （支払）金額	—						円																
明細書発行体制加算 加算日	日			日					決定金額	※				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〒																				
	令和 年 月 日										施術所名称																				
											電話																				
										指定施術者氏名																					

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。（※は福祉事務所使用欄）

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 給 2 併 給
患者氏名 ( 歳) 男 女	居住地	はり・きゅう師氏名	
傷病名 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 ( )			

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																										
施 術 料	②はり・きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回		摘 要																										
	通所			円×	回=	円																											
	訪問施術料 1			円×	回=	円																											
	訪問施術料 2			円×	回=	円																											
	訪問施術料 3 (3~9人)			円×	回=	円																											
	訪問施術料 3 (10人以上)			円×	回=	円																											
③電療料(加算)			円×	回=	円																												
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																	
④特別地域(加算)			円×	回=	円																												
⑤往 療 料			円×	回=	円																												
⑥ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円×	回=	円																												
施術日	訪問1①	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○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 ( 1. 徒歩による公共交通機関を便するの外出困難 2. 認知症や視覚、内服、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ( ) )				請 求		※決 定																											
⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥)				円		円																											
※ ⑧ 社 保 負 担 (健・共)				円		円																											
有 ・ 無 割				円		円																											
※ ⑨ 本 人 支 払 額		円		円		円																											
⑩ 差引請求(支払)金額 (⑦-⑧-⑨)				円		円																											

請求書	(患者氏名) にかかると上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 殿 住 所 はり・きゅう師 氏 名
委任状	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