

柔道整復施術療養費
支給申請書等記載要領

令和3年12月

神奈川県国民健康保険団体連合会

目 次

| | |
|---|--------|
| 1. 柔道整復施術療養費の申請について・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1 ページ |
| 神奈川県国民健康保険団体連合会取扱保険者一覧・・・・・・・・ | 2 ページ |
| 2. 柔道整復施術療養費の請求方法等について・・・・・・・・ | 3 ページ |
| 3. 柔道整復施術療養費支給申請書記載要領・・・・・・・・ | 5 ページ |
| 4. 国民健康保険柔道整復施術療養費請求書記載要領・・・・・・・・ | 7 ページ |
| 5. 後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書記載要領・・・・・・・・ | 9 ページ |
| 6. 福祉医療（医保の場合）の請求について・・・・・・・・ | 11 ページ |
| 7. 柔道整復施術療養費受領書（総括票）の記載方法及び 編綴方法について・・・・・・・・ | 14 ページ |
| 8. 特別療養費の支給申請書（資格証明書世帯）の提出方法に ついて・・・・・・・・ | 16 ページ |
| 柔道整復施術療養費支給申請書取り下げ依頼書・・・・・・・・ | 17 ページ |

1. 柔道整復施術療養費の申請について

神奈川県国民健康保険団体連合会で支払うことのできる申請書は、下記の1～4の保険者等に該当するものです。

1. 市町村国民健康保険

神奈川県内の33市町村が実施する、国民健康保険の一般被保険者及び退職被保険者

2. 国民健康保険組合

神奈川県内の6つの国民健康保険組合の被保険者

3. 後期高齢者医療制度

神奈川県内の75歳以上（一定の障害がある65歳以上の方を含む）を対象とする後期高齢者医療制度の被保険者

4. 市町村医療費助成事業（公費分）

重度障害、ひとり親、小児医療については、神奈川県内の33市町村が実施する医療費助成事業（公費分）を上記保険と同様に国保連合会で取り扱います。

※ 国民健康保険及び後期高齢者医療と重度障害者医療費助成事業、ひとり親家庭等医療費助成事業及び小児医療費助成事業による地方単独事業の併用については、申請書1枚で申請してください。

※ その他、県や国が実施する公費分（原爆医療など）につきましては、国保連合会では取り扱っておりません。市町村が実施する以外の公費の取り扱いにつきましては神奈川県へお問い合わせください。

※ 本会での療養費の支払先は施術機関コード毎に1つとなります。つきましては、申請書の「支払機関欄」は施術機関コード毎、同一の振込先口座を記載してください。

神奈川県国民健康保険団体連合会取扱保険者一覧

| | 国民健康保険 | 後期高齢者医療 |
|------|------------|--------------|
| 神奈川県 | | 39140009(※1) |
| 横浜市 | 144006(※1) | 右表別掲 |
| 川崎市 | 145003(※1) | 右表別掲 |
| 相模原市 | 146001(※1) | 右表別掲 |
| 横須賀市 | 140038 | 39142013 |
| 平塚市 | 140046 | 39142039 |
| 鎌倉市 | 140053 | 39142047 |
| 藤沢市 | 140061 | 39142054 |
| 小田原市 | 140079 | 39142062 |
| 茅ヶ崎市 | 140087 | 39142070 |
| 逗子市 | 140095 | 39142088 |
| 三浦市 | 140111 | 39142104 |
| 秦野市 | 140129 | 39142112 |
| 厚木市 | 140137 | 39142120 |
| 大和市 | 140145 | 39142138 |
| 伊勢原市 | 140152 | 39142146 |
| 海老名市 | 140160 | 39142153 |
| 座間市 | 140178 | 39142161 |
| 南足柄市 | 140186 | 39142179 |
| 綾瀬市 | 140533 | 39142187 |
| 葉山町 | 140517 | 39143011 |
| 寒川町 | 140525 | 39143219 |
| 大磯町 | 140541 | 39143417 |
| 二宮町 | 140558 | 39143425 |
| 中井町 | 140566 | 39143615 |
| 大井町 | 140574 | 39143623 |
| 松田町 | 140582 | 39143631 |
| 山北町 | 140590 | 39143649 |
| 開成町 | 140608 | 39143664 |
| 箱根町 | 140616 | 39143821 |
| 真鶴町 | 140624 | 39143839 |
| 湯河原町 | 140632 | 39143847 |
| 愛川町 | 140640 | 39144019 |
| 清川村 | 140657 | 39144027 |

| | 国民健康保険 | 後期高齢者医療 | |
|------|----------------------|---------|----------|
| 横浜市 | 鶴見区 | 144014 | 39141015 |
| | 神奈川区 | 144022 | 39141023 |
| | 西区 | 144030 | 39141031 |
| | 中区 | 144048 | 39141049 |
| | 南区 | 144055 | 39141056 |
| | 港南区 | 144063 | 39141114 |
| | 保土ヶ谷区 | 144071 | 39141064 |
| | 旭区 | 144089 | 39141122 |
| | 磯子区 | 144097 | 39141072 |
| | 金沢区 | 144105 | 39141080 |
| | 港北区 | 144113 | 39141098 |
| | 緑区 | 144121 | 39141130 |
| | 戸塚区 | 144139 | 39141106 |
| | 瀬谷区 | 144147 | 39141148 |
| | 栄区 | 144154 | 39141155 |
| | 泉区 | 144162 | 39141163 |
| | 青葉区 | 144170 | 39141171 |
| | 都筑区 | 144188 | 39141189 |
| | 川崎市 | 川崎区 | 145011 |
| 幸区 | | 145029 | 39141320 |
| 中原区 | | 145037 | 39141338 |
| 高津区 | | 145045 | 39141346 |
| 宮前区 | | 145060 | 39141361 |
| 多摩区 | | 145052 | 39141353 |
| 相模原市 | 麻生区 | 145078 | 39141379 |
| | 緑区 | 146019 | 39141510 |
| | 中央区 | 146027 | 39141528 |
| | 南区 | 146035 | 39141536 |
| | 神奈川県医師 国民健康保険組合 | 143016 | |
| | 神奈川県歯科医師 国民健康保険組合 | 143024 | |
| | 神奈川県食品衛生 国民健康保険組合 | 143032 | |
| | 神奈川県薬剤師 国民健康保険組合 | 143040 | |
| | 神奈川県建設業 国民健康保険組合 | 143057 | |
| | 神奈川県建設連合 国民健康保険組合 | 143065 | |

※1 請求書に記載する代表保険者番号です。横浜市、川崎市、相模原市の国保は各区の保険者番号で申請書を作成しますが、請求書には代表番号を記入し、市単位で一括して請求書を作成することができます。また、後期高齢者医療は、各市区町村の保険者番号で申請書を作成し、請求書は、神奈川県の代表番号を使用し、すべての市区町村の申請書を一枚の請求書で集計します。

2. 柔道整復施術療養費の請求方法等について

申請書類の各書式および作成について

(1) 柔道整復施術療養費支給申請書

- ・ 記載方法については、5～6ページをご覧ください。
- ・ 支給申請書は、厚生労働省から示された様式第5号（6ページ参照）を使用してください。

(2) 国民健康保険および後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書

- ・ 請求書は、「国保」と「後期高齢者医療」別に、(1)の支給申請書の件数や費用額等を集計する用紙です。
- ・ 国保請求書は、保険者番号（横浜市・川崎市・相模原市は代表番号）ごとに1枚ずつ使用し、後期高齢者請求書は、申請書の保険者番号にかかわらず1回の請求に1枚を使用し、給付割合等の区分ごとに集計・記入してください。
- ・ 1枚の請求書に、異なる月の申請書が入っていても構いません。
- ・ この用紙は国保連合会の受付窓口にて配布していますが、国保連合会のホームページからダウンロードもできます。
- ・ 記載方法については、7～10ページをご覧ください。

(3) 柔道整復施術療養費受領書（＝総括票）

- ・ 受領書は、(2)の請求書を総計する用紙（白色の3枚綴り）です。
- ・ この用紙は国保連合会の受付窓口にて配布しています。
- ・ 記載方法については、14ページをご覧ください。

(4) 医療費助成事業（医保用）請求書

- ・ 健保組合や協会けんぽなど、国保または後期高齢者以外の保険の加入者が、医療費助成の給付を受けるための請求書です。
- ・ この請求書は、国保連合会のホームページからダウンロードできます。
- ・ 記載方法については、11～12ページをご覧ください。

提出方法について

(1) 直接（窓口）受付について

- ・ 毎月10日（受付最終日）までにお越してください。
- ・ 受付時間は、午前8時30分から午後5時15分までです。
- ・ 土曜日、日曜日、祝祭日は休日のため一般の業務を行っておりませんが、10日がこれらの日にあたる場合、受付業務のみ通常どおり行います。

(2) 郵送受付について（宅配便でも可）

- ・ 受付するのは毎月10日（受付最終日）到着分までとします。10日を過ぎて到着した申請書は、翌月の受付分とさせていただきます。

(3) 返戻となった申請書の再提出方法について

- ・ 保険者や国保連合会から返戻となった申請書につきましては、申請書のみの単体で再提出なさないようお願いいたします。必ず次回の請求分と一緒に編綴（請求書の集計に含めて）して、ご提出ください。

取り下げ方法について

一旦提出された申請書の取り下げ依頼（返却依頼）は、所定の用紙（17ページ参照）により承ります。（事故防止のため、電話等による口頭の取り下げは受付けておりません。）

当該申請書を提出月中に取り下げをされる場合は、概ね当月25日までに申し出いただければ、事務返戻扱いとして、支払い前の返却が可能です。

それ以降の申し出につきましては、連合会と保険者との処理の関係上、受付から返却まで最短で3か月程度かかります。

なお、全件取り下げや、数十件単位の取り下げの場合は、別途ご連絡願います。

申請書提出及び問い合わせ先

〒220-0003

横浜市西区楠町27-1

神奈川県国民健康保険団体連合会

審査部審査第四課 柔整係

TEL：045-329-3430（直通）

3. 柔道整復施術療養費支給申請書記載要領

- ① 施術を行った年月を記載してください。
- ② 都道府県番号を記載してください。(神奈川県内の施術所は「14」と記載)
- ③ 国保連合会で付番した施術機関コード番号を記載してください。
- ④ 下記の例に基づき該当箇所には○を付けてください。

国保一般

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|------|------|
| 一般 7割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | ② 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | ④ 国 | 5. 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | 0. 高7 | | | |
| 一般前期高齢者 (70歳以上) 7割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | ④ 国 | 5. 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | ⑩ 高7 | | | |
| 一般前期高齢者 (70歳以上) ※誕生日が昭和19年4月1日までの方は指定公費が1割付加されず。 8割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | ⑧ 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | ④ 国 | 5. 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | 0. 高7 | | | |
| 一般 六歳未満 8割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | ④ 国 | 5. 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | ④ 六歳 | | 0. 高7 | | | |

退職者

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|------|------|
| 本人 7割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | ② 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | 4. 国 | ⑤ 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | 0. 高7 | | | |
| 家族 7割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | 4. 国 | ⑤ 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | ⑥ 家族 | | 0. 高7 | | | |
| 退職 六歳未満 8割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | 4. 国 | ⑤ 退 | 6. 後期 | | 2. 2併 | | ④ 六歳 | | 0. 高7 | | | |

後期高齢者

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|------|------|
| 後期高齢者 7割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | 8. 高一 | 給付割合 | 10・9 |
| | 4. 国 | 5. 退 | ⑥ 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | ⑩ 高7 | | | |
| 後期高齢者 9割 | 保健種別 | 1. 協 | 2. 組 | 3. 共 | | 単独区分 | ① 単独 | 本家区分 | 2. 本人 | ⑧ 高一 | 給付割合 | 10・⑨ |
| | 4. 国 | 5. 退 | ⑥ 後期 | | 2. 2併 | | 4. 六歳 | | 0. 高7 | | | |

- ⑤ 神奈川県下33市町村いずれかの医療費助成がある場合は、公費負担者番号、公費受給者番号を記載してください。なお、給付割合欄は基本給付どおりです。窓口負担がなくても「10」には○は付けなくてもいいです。
- ⑥ 被保険者証の保険者番号を記載してください。
- ⑦ 被保険者証の記号・番号を記載してください。後期高齢者医療は番号のみです。
- ⑧ 療養を受けた方の氏名・性別及び生年月日を記載してください。
- ⑨ 当該月に施術を行った日に○または施術日を直接記載してください。
- ⑩ 必要に応じて、骨折又は脱臼の施術に同意した医師の氏名と同意日などを記載してください。
- ⑪ 施術に要した費用額を記載してください。

※上記以外にかかる欄の記載方法につきましては、厚生労働省の通知をご参照のうえ記載してください。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 ① 年 月 分

都道府県番号 ② 施術機関コード ③

保険者番号 ⑥

記号・番号 ⑦

公費負担者番号 ⑤ 公費負担医療の受給者番号①

公費負担者番号② 公費負担医療の受給者番号②

1.協 2.組 3.共 単.単 本.本 8.高一 給付割合 10・9

4.国 5.退 6.後期 2.2併 3.3併 2.併 1.六歳 ④ 0.高7 8・7

被保世帯受 住所 ⑧ 生 年 月 日 負傷の原因

公費負担医療との併用の場合
医療証等に記載されている公費負担者番号(8桁)・受給者番号(7桁)を記載。

いずれかを○で囲む。

「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号を記載。

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 | 年月日 | 施術終了年月日 | 実日数 | 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 |

公費負担医療助成がない場合
1.単独を○で囲む。
公費負担医療助成がある場合
2.2併を○で囲む。

経過 請求区分 新規・継続

施術日 ⑨ 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 円 金属副子等加算 円 施術情報提供料 円

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 柔道整復運動後療料 円 計 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 円 回 | 温電法料 円 回 | 電療料 円 回 | 計 円 | 多部位 計 円 | 長期 計 円 |
|-----|-----|--------|---------|----------|----------|---------|-----|---------|--------|
| (1) | 100 | — | | | | | | — | — |
| (2) | 100 | — | | | | | | — | — |
| (3) | 60 | — | | | | | | 0.6 | |
| (4) | 60 | — | | | | | | 0.6 | |

3部位目の請求がある場合は100分の60に相当する額を記載。

(4)算定欄は、算定要件を満たした場合に使用。

摘要 ⑩ 一部負担金額を1円単位で記載。
※座間市の重度障害(自己負担有りの方)・・・1割。
※湯河原町のひとり親医療・・・通院1回につき200円まで。
※一部負担金の発生する小児医療(自己負担有りの方)・・・通院1回につき500円まで。

合計 ⑪ 円
一部負担金 円
請求金額 円

金属副子等加算日 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動後療料加算日 ※ 除者使用欄 円

支払機関欄 支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段 預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段 金融機関 銀行 金庫 農協 本店 支店 本・支所 フリガナ 口座名称 口座番号 登録記号

合計から一部負担金を差し引いた金額を記載。

施術証明欄 上記のとおり施術したことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 〒 施術所名称 電話 フリガナ 柔道整復師氏名 受取代理人への委任の欄 上記請求に基づき相付並の支払方を左記の者に委任します。 令和 年 月 日 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

4. 国民健康保険柔道整復施術療養費請求書記載要領

- ① 施術年月を記入してください。当該月以外の施術月の申請書が入っていても結構です。
(例：5月施術分の請求書に、返戻となった3月施術分の申請書を含める。)
- ② 国保連が付番した機関番号を記入してください。(例：010.123.4)
- ③ 6桁の保険者番号を記入してください。横浜市は144006、川崎市は145003、相模原市は146001で全区一括請求できます。
- ④ 請求書を提出した年月日を記入してください。
- ⑤ 施術所の所在地及び名称、施術管理者氏名を記入してください。
- ⑥～⑫ 下記の請求書区分に従い、申請書の件数・施術日数・費用額の合計を記入してください。
- ⑬～⑰ 医療助成に該当する場合は、再掲欄に申請書の件数・費用額の合計を再掲してください。
(⑬⑯は除く)

| | 請求書区分 | | 適用 | 請求書の各区分に集計する申請書 | | | |
|---|-------|-----------------|--|-----------------|--------------|------|------|
| | | | | 制度 | 種類 | 単併区分 | 給付割合 |
| ⑥ | 12 | 国保一般7割 | ・国保一般被保険者本人・家族 ・国保一般被保険者で公費該当(80.81.85のいずれか) | 4.国 | 2.本人 6.家族 | 1.単独 | 7 |
| ⑦ | 52 | 国保一般 70歳以上7割 | ・国保一般被保険者(本人・家族)高齡7割受給者 ・国保一般被保険者(本人・家族)高齡7割受給者で 重度障害者(80) | 4.国 | 0.高7 | 1.単独 | 7 |
| | 62 | 国保一般 70歳以上8割 | ・国保一般被保険者(本人・家族)高齡受給者8割 ・国保一般被保険者(本人・家族)高齡受給者8割で 重度障害者(80) | | 8.高一 | 1.単独 | 8 |
| ⑧ | 82 | 国保一般6歳未満 | ・国保一般被保険者で小学校未就学児 ・国保一般被保険者小学校未就学児で公費該当 (80.81.85のいずれか) | 4.国 | 4.六歳 | 1.単独 | 8 |
| ⑨ | 16 | 退職者本人7割 | ・退職被保険者本人 ・退職被保険者本人で公費該当(80.85のいずれか) | 5.退 | 2.本人 | 1.単独 | 7 |
| ⑩ | 18 | 退職者家族7割 | ・退職被保険者家族 ・退職被保険者家族で公費該当(80.81.85のいずれか) | 5.退 | 6.家族 | 1.単独 | 7 |
| ⑪ | 88 | 退職者6歳未満 | ・退職被保険者で小学校未就学児 ・退職被保険者小学校未就学児で公費該当 (80.81.85のいずれか) | 5.退 | 4.六歳 | 1.単独 | 8 |
| ⑫ | 76 | 老人保健(国保) 7割 | 老人保健医療の請求時効が過ぎているため使用しません。 | | | | |
| | 78 | 老人保健(国保) 9割 | 老人保健医療の請求時効が過ぎているため使用しません。 | | | | |

再掲

| | | | | |
|---|-----------|-----------|--------------------------------|---|
| ⑬ | <u>41</u> | <u>老人</u> | <u>市町村単独老人医療費助成を受ける場合</u> | 左記の助成医療等に該当する場合は、上記の請求区分に記載すると共に請求書下段の再掲欄に件数・費用額を記入する。(⑬⑯は除く) |
| ⑭ | 81 | 乳幼児 | 小児医療費助成を受ける場合 | |
| ⑮ | 85 | 一人親 | ひとり親家庭等医療費助成を受ける場合 | |
| ⑯ | <u>20</u> | <u>二割</u> | <u>高齡者8割受給者で指定公費の受給を受けない場合</u> | |
| ⑰ | 80 | 老健 | 重度障害者医療助成を受ける場合 | |

※再掲欄「80」の法別名が老健と記載されていますが、この欄は各保険制度において重度障害者に該当する件数と費用額の集計を記載してください。この請求書のレイアウトは国保連合会のホームページからダウンロードできます。

令和 (1) 年

月分国民健康保険柔道整復施術療養費請求書

保険者 (3) 殿

施術所機関番号

(2)

下記のとおり請求する。

施術所の所在地
及び名称

(5)

令和 (4) 年 月 日

施術管理者氏名

| 区分 | | 件数 | 施術実日数 | 施術に要した費用額 | 一部負担金 | 備考 |
|--------|--------|-------|-------|-----------|-------|----|
| 国民健康保険 | 一般被保険者 | 請求 | 7割 12 | (6) | | |
| | | | 8割 22 | | | |
| | | | 障害 02 | | | |
| | | ※決定 | 7割 12 | | | |
| | | | 8割 22 | | | |
| | | | 障害 02 | | | |
| | 七〇歳以上 | 請求 | 7割 52 | (7) | | |
| | | | 8割 62 | | | |
| | | ※決定 | 7割 52 | | | |
| | | | 8割 62 | | | |
| | 六歳未満 | 請求 | 8割 82 | (8) | | |
| | | ※決定 | 8割 82 | | | |
| 健康保険 | 本人 | 請求 | 7割 16 | (9) | | |
| | | | 障害 06 | | | |
| | | ※決定 | 7割 16 | | | |
| | | | 障害 06 | | | |
| | 七〇歳以上 | 請求 | 7割 56 | | | |
| | | | 9割 66 | | | |
| | | ※決定 | 7割 56 | | | |
| | | | 9割 66 | | | |
| | 被扶養者 | 請求 | 7割 18 | (10) | | |
| | | | 障害 08 | | | |
| | | ※決定 | 7割 18 | | | |
| | | | 障害 08 | | | |
| 六歳未満 | 請求 | 8割 88 | (11) | | | |
| | ※決定 | 8割 88 | | | | |
| 老人保健 | 請求 | 7割 76 | (12) | | | |
| | | 9割 78 | | | | |
| | ※決定 | 7割 76 | | | | |
| | | 9割 78 | | | | |

| 再掲 | 法別名 | コード | 件数 | 施術に要した費用額 | 一部負担金 | 備考 |
|----|-----|-----|------|-----------|-------|----|
| | 老人 | 41 | (13) | | | |
| | 乳幼児 | 81 | (14) | | | |
| | 一人親 | 85 | (15) | | | |
| | 二割 | 20 | (16) | | | |
| | 老健 | 80 | (17) | | | |

※増減 91 ※返戻 92

- 公費は一般・退職者を合算して記入してください。
- ※は記入しないでください。

5. 後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書記載要領

- ① 施術年月を記入してください。
- ② 国保連が付番した施術所機関番号を記入してください。（例：037.123.4）
- ③ 請求書を提出する年月日を記入してください。
- ④ 施術所の所在地及び名称、施術管理者氏名を記入してください。
- ⑤ 下記の請求書区分に従い、申請書の件数・施術日数・費用額の合計を記入してください。

| 請求書区分 | | 適用 | 請求書の各区分に集計する申請書の種類 | | |
|-----------|----|-----------------|--------------------|-------|------|
| | | | 保険種別 | 種類 | 給付割合 |
| 後期高齢者医療7割 | 76 | 後期高齢者医療制度被保険者7割 | 6. 後期 | 0. 高7 | 7 |
| 後期高齢者医療9割 | 78 | 後期高齢者医療制度被保険者9割 | 6. 後期 | 8. 高一 | 9 |

- ⑥ 重度障害医療助成に該当する場合、件数・費用額を再掲してください。

※この請求書のレイアウトは、国保連合会のホームページからダウンロードできます。

令和 1 月分後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書

施術所機関番号 2

39

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|

 殿

下記のとおり請求する。
令和 3 年 月 日

施術所の所在地
及び名称 4

後期高齢者医療

施術管理者氏名

| 区 分 | | | 件 数 | 施術実日数 | 施術に要した費用額 | 備 考 |
|---|-----|-----|-----|-------|-----------|-----|
| 5 | 請求 | 7 割 | 76 | | | |
| | | 9 割 | 78 | | | |
| | ※決定 | 7 割 | | | | |
| | | 9 割 | | | | |

| 6 | 法 別 名 | コ ー ド | 件 数 | 施術に要した費用額 | 一部負担金 | 備 考 | |
|---|-------|-------|-----|-----------|-------|-----|--|
| | 再 掲 | 障害 | 80 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

1. 再掲欄は7割・9割を合算して記入してください。

2. ※欄は記入しないでください。

※増減 9 1

※返戻 9 2

6. 福祉医療(医保の場合)の請求について

健保組合や協会けんぽなど、国保または後期高齢以外の保険に加入されている方で、神奈川県内の下記の市町村医療費助成を受けられる場合は、本会への申請になります。

- ・ 重度障害者医療費助成、 小児医療費助成、 ひとり親家庭等医療費助成

(1) 申請書について

- ・ 申請書様式は6ページの様式第5号をご使用ください。
- ・ 医療証の公費負担者番号と受給者番号は、それぞれ申請書の該当欄に記載します。記載方法は6ページをご参照ください。
- ・ 同じ内容で2枚作成してください。1枚は保険本体分として健保組合等へ提出し、もう1枚は下記(2)の請求書を添付して、本会に提出していただきます。

(2) 請求書について

- ・ 請求書様式は、助成事業ごとに、**障**・**乳**・**親**の3種類があります。
- ・ この請求書様式は、国保連合会ホームページからダウンロードできます。
- ・ 同じ助成事業であれば、市町村の別に関係なく、1枚の請求書で記載できます。
- ・ 記載方法は13ページをご参照のうえ、下記のとおり記載してください。
 - ① 施術を行った年月を記載してください。
 - ② 「柔9」を○で囲んでください。
 - ③ 国保連で付番した施術所番号を記載してください。不明な場合は、空欄で構いません。
 - ④ 施術機関の所在地及び名称等を記入してください。
 - ⑤ 公費負担者番号を記載してください。
 - ⑥ 公費負担者番号(市町村)ごとに申請書を集計し、件数・点数(費用額)を記載してください。

※横浜市の**乳**・**障**は公費負担者番号が各区で設定されていますが、請求書には、
代表公費番号**乳**「81144008」・**障**「80144009」にまとめて集計してください。

※川崎市の**乳**は代表公費番号**乳**「81145005」を記載してください。

※**乳**一部負担金の発生する医療証(平成29年4月施術分より)の場合でも、
従来通りの代表公費番号を記載してください。

- ⑦ 一部負担金欄について下記の場合、集計を記載。
- ① 座間市 「80140171」 の自己負担ありの場合
 - ② 湯河原町 「85140630」 は、自己負担ありの場合
 - ③ 平成29年4月施術分から一部負担金が発生する場合
- ⑧ 合計の件数、点数（費用額）を集計します。
- ⑨ 申請書の種別ごとに件数を記入します。 本人（12）・家族（16）・6歳未満（14）
- ⑩ 申請書の種別ごとに件数を記入します。 前期高齢者7割（10）・8割（18）

令和 1 年 月 分

障 障害者医療費助成事業(医保用)請求書

| | | | | | | |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2 | 3 | 医 1 | 歯 3 | 調 4 | 訪 6 | 柔 9 |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|

| | | |
|---------|---|---|
| 都道府県コード | 1 | 4 |
|---------|---|---|

神奈川県市町村長 殿

| | | | | | | | | | |
|---|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | 医療機関コード | | | | | | | | |
|---|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|

医療機関の 4
 所在地及び名称
 電話番号
 開設者氏名

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

| 助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号) | 療養の給付 | | 障害者医療費助成 事業一部負担金 | | 一部負担金 | | 食事療養費 | |
|--|---|----|---------------------|----|---|----|-------|-------|
| | 件数 | 点数 | 件数 | 金額 | 件数 | 金額 | 件数 | 標準負担額 |
| 8014 5 | 6 | | | | 7 | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8014 | | | | | | | | |
| 8 合 計 | | | | | | | | |
| ※ 決 定 | | | | | | | | |

| 件 数 の 再 掲 欄 | 種 別 | 入外区分 | 件 数 | 種 別 | 入外区分 | 件 数 |
|----------------------------|------------|-------|-----|-----------|----------|--|
| | | 本人・入院 | 1 | 1 | 高齢者・入院7割 | 1 |
| | 家族・入院 | 1 | 5 | 高齢者・入院9割 | 1 | 7 |
| | 就学前・入院・8割 | 1 | 3 | 高齢者・入院外7割 | 1 | 0 |
| | 本人・入院外 | 1 | 2 | 高齢者・入院外9割 | 1 | 8 |
| | 家族・入院外 | 1 | 6 | | | 10 |
| | 就学前・入院外・8割 | 1 | 4 | | | |
| | 長 | 0 | 2 | | | |

- 注1) ※欄は記入しないでください。
 注2) 訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入してください。
 注3) 障害者医療費助成事業一部負担金欄には、障害者医療費助成制度の規定に基づき、患者から徴収した一部負担金の入院・入院外の合計額を記載してください。

7. 柔道整復施術療養費受領書(総括票)の記載方法および編綴方法

| ① 令和 年 月 柔道整復施術療養費受領書 <small>(神奈川県国民健康保険団体連合会)</small> | | | | |
|--|--|-------|------------------|-----|
| 柔道整復施術所機関番号 | | | ※ 受 付 印 | |
| ② | | | | |
| 区 分 | 保険者数 <small>(請求書の枚数)</small> | 申請書件数 | 施術に要した費用額 | 備 考 |
| 1. 国民健康保険 | ③ | | | |
| 2. 後期高齢者医療 | ④ | | | |
| 計 | ⑤ | | | |

注 (1) この受領書は、国保連合会へ施術療養費を申請する場合に添付してください。
 (2) 国民健康保険、後期高齢者医療のそれぞれの区分に合計件数・費用額等を記入します。
 (3) 保険者数の欄は、請求書の枚数を記入してください。
 (4) ※印の欄は記入しないでください。
 (5) この用紙は、3枚で1組です。郵送で提出する場合は、1枚目を剥がして控えとしてお持ちください。

(1) 柔道整復施術療養費受領書記載方法 (上記参照)

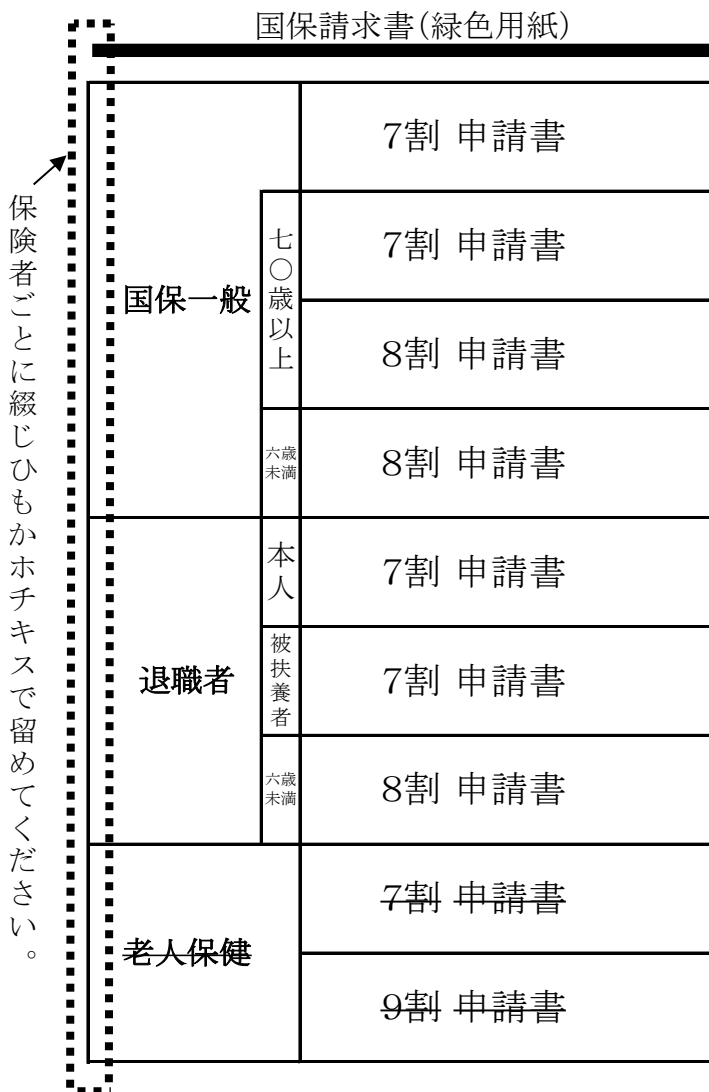
受領書は3枚複写の用紙で、2・3枚目は「総括票」となっています。

- ① 施術年月を記入してください。
- ② 国保連が付番した施術所機関番号を記入してください。(例：010.123.4)
- ③ 国民健康保険柔道整復施術療養費請求書の保険者数(請求書の枚数)、申請書枚数、施術に要した費用額の総計を記入してください。
- ④ 後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書の保険者数(基本的には「1」)、申請書枚数、施術に要した費用額の総計を記入してください。
- ⑤ 上記③と④の合計を記入してください。

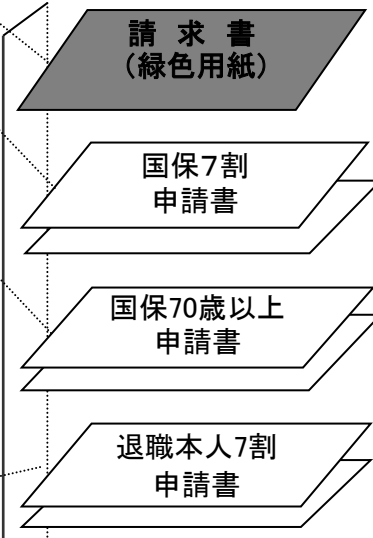
(2) 申請書等の編綴方法 (15ページ参照)

- ・請求書(緑色の用紙)と申請書は、保険者ごとにとりまとめ、左上部をホチキス等で綴じます。
- ・保険者ごとの束となった請求書・申請書の先頭に、受領書を載せ、さらにひとまとめに綴じ込みます。
- ・綴じ方は、少量の場合はホチキスで、量の多い場合は紐を使って左上部を綴じます。
- ・紐綴じの場合、申請書左上の隅より右へ12mm、下へ12mmあたりの位置を中心に穴を開けてください。
- ・クリップ留めは他の施術所の申請書と混同する恐れがありますのでご遠慮願います。

受領書・請求書及び申請書の編綴方法



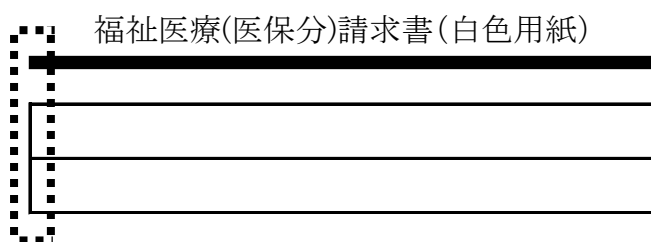
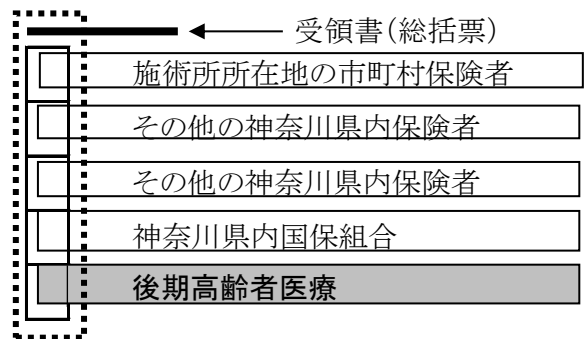
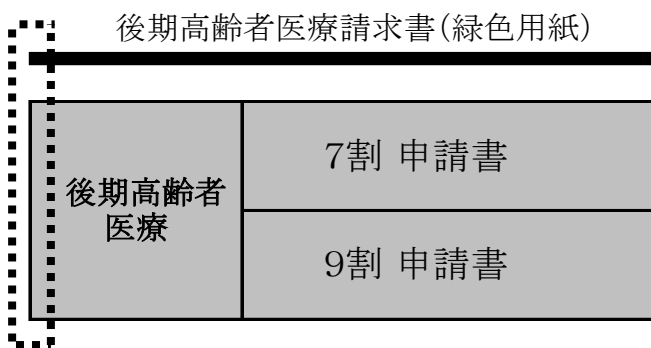
編綴方法①(各保険者の編綴)



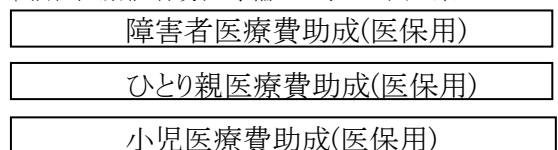
保険者ごとに分けた申請書は、左記の図のように各制度や給付割合ごとの順に並べて、先頭に請求書を添付して、綴じひもまたはホチキスで綴じます。

編綴方法②(保険者同士の編綴)

編綴方法①で保険者ごとに綴じた束は、次に下図のとおり並び、先頭に受領書(3枚複写の用紙)を添付し、綴じひもやホチキスで綴じます。最後に、緑色請求書の束と、福祉医療(医保分)の束を輪ゴム等でひとつにまとめて提出してください。



↑福祉医療(医保分)は、輪ゴム等で上図の束にまとめます。



8. 特別療養費の支給申請書(資格証明書世帯)の提出方法について

特別療養費の概要

被保険者資格証明書とは被保険者が一旦窓口で全額支払い、後日被保険者が保険者に申請して自己負担分を控除した金額が償還される制度(療養費払)で、施術機関は被保険者に領収書を発行して届出書を国保連合会経由で保険者に提出することとなっています。

柔道整復師施術所等の取扱い

特別療養費に要した費用を被保険者から全額受け取り、領収書の発行と届出書の作成をしますが、この届出書の取扱いについては次のとおりです。

- ① 届出書の様式は、柔道整復師療養費支給申請書(以下「申請書」という)を使用してください。この場合、申請書の上部余白に『特別療養費』と朱書きをし、療養の給付等の請求と区別してください。
- ② 当該施術所等は、下記の事項を記載した申請書(様式第5号)を保険者から審査委託された国民健康保険団体連合会に提出します。
 - ア) 当該施術所の名称及び所在地等
 - イ) 療養を受けた被保険者の氏名、住所、性別、生年月日
 - ウ) 負傷名、負傷年月日、初検年月日、施術開始年月日、施術終了年月日、実日数、転帰及び療養内容、施術日
 - エ) 療養につき算定した療養の額
 - オ) 保険者番号及び被保険者資格証明の記号・番号

※その他、申請書の提出に必要な事項を記載してください。

- ③ この申請書は、各月分について翌月10日までに国民健康保険団体連合会に送付してください。
- ④ 柔道整復師療養費請求書及び申請書と別綴じにし、総括票及び請求書には件数、金額等は含めません。

参考

国民健康保険団体連合会は、審査を行い、その結果を当該施術所等に対し、書面により通知することとされています。

なお、書面は送付された申請書の写しを使用して差し支えないとされていることから、現行では申請書の写しを使用して通知しています。

柔道整復施術療養費支給申請書取り下げ依頼書

令和 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会
審査第四課柔整係行

施術機関コード：
 施術所所在地：
 施術所名：
 施術師氏名：
 電話番号：
 (担当者)：

下記のとおり柔道整復施術療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

| 施術月 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 月施術分 | 連合会提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
|----------------|---------|---|---|---|------|----------------|------------|---|---|---|--|
| 保険者番号 | | | | | | 被保険者証の 記号番号 | | | | | |
| 療養を受けた 者の氏名 | | | | | | 区分 1 | 国保・後期高齢・社保 | | | | |
| 給付割合 | 7・8・9 割 | | | | | 区分 2 | 本人・家族 | | | | |
| 合計金額 | | | | | | 円 | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | |

取り下げ理由

3.その他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1. 誤請求のため 2. 保険変更のため 3. その他 | (3.その他の場合の具体的な理由) <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> |
|-----------------------------------|---|

送付先 * 下記へ郵送にてご提出願います。

* 当月請求分を取り下げる場合は請求月の月末までにご提出願います。

〒220-0003 横浜市西区楠町 27番地1

神奈川県国民健康保険団体連合会 審査第四課柔整係

電話:045-329-3430