

# 柔道整復施術療養費 支給申請書等記載要領

神奈川県内柔道整復師用

平成23年2月版

神奈川県国民健康保険団体連合会

## 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お支払い可能な申請書は、下記の1～3の保険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

神奈川県内国保組合

保険者番号 143016 神奈川県医師国保組合

保険者番号 143024 神奈川県歯科医師国保組合

保険者番号 143032 神奈川県食品衛生国保組合

保険者番号 143040 神奈川県薬剤師国保組合

保険者番号 143057 神奈川県建設業国保組合

保険者番号 143065 神奈川県建設連合国保組合

### 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

※市町村医療費助成(公費分)の取扱いについて

- ・ 重度障害・ひとり親・小児医療については、**横浜市**と**川崎市**が実施する医療費助成事業（公費分）に限り、上記保険と同様に国保連合会で取り扱います。
- ・ その他、県や国が実施する公費分につきましては、国保連合会では取り扱っておりませんので、申請書に公費負担者番号等を記載なさらないようお願いいたします。
- ・ 市町村が実施する以外の公費の取扱いにつきましては、神奈川県へお問い合わせください。

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・2)	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(※2)	39141510
	中央区	146027(※2)	39141528
	南区	146035(※2)	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 相模原市国保は、平成22年9月までの間、上記の新保険者番号と旧保険者番号(140103)が併存します。この場合、請求書は新旧の番号で分けて作成してご提出ください。

別表1

## 都道府県番号表

都道府県名	番号	都道府県名	番号	都道府県名	番号
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

## 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、6～7 ページをご参照ください。
  - ・ 7 ページに掲載する支給申請書は、厚生労働省から通知された平成 23 年 1 月 1 日以降の施術分からの新様式となります。(平成 23 年 6 月 30 日までの間は従来の様式を使用できます。)
  
- (2) 「国民健康保険柔道整復施術療養費請求書」  
「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、保険者番号別(横浜・川崎・相模原は市ごと)に1枚ずつ、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、給付割合等の区分ごとに集計・記入して下さい。
  - ・ 一枚の請求書に、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で配付します。(原則、個別の郵送は行いません。)
  - ・ 記載方法については、8～11 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で配付します。(原則、個別の郵送は行いません。)
  - ・ 記載方法については、14 ページをご覧ください。
  
- (4) 「㊦障害者医療費助成事業(医保用)請求書」  
「㊧小児医療費助成事業(医保用)請求書」  
「㊨ひとり親家庭等医療費助成事業(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、12～13 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)までにお越し下さい。
- ・ 受付時間は8:30~17:15です。
- ・ 土、日、祝祭日は業務を行っておりませんが、10日が休日にあたる場合は、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)

- ・ 毎月10日(受付最終日)到着分まで受け付けます。10日を過ぎて到着した申請書は、次の月の受付分とさせていただきます。
- ・ 10日が土曜日、日曜日、祝祭日の月は、受付最終日前の平日に届くように投函して下さい。

### (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れ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

一旦ご提出になられた申請書の取り下げ依頼(返却依頼)は、所定の用紙(16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ご遠慮願います。)

当該申請書を提出月中に取り下げの場合は、概ね当月の27日までにご依頼いただければ、事務返戻扱いとして、支払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、申し出より3ヶ月程度のお時間を要する場合がございますので、ご了承ください。

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

審査第三部第二課 療養費班

TEL 045-329-3433

※郵送宛名は、「神奈川県国保連合会 療養費班」としてください。

# 1. 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 神奈川県外の施術所の方は別表1の都道府県番号表を参照のうえ、県番号を記載して下さい。
- ③ 国保連で付番した施術所機関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丸印をしてください。

## 国保一般

一般 7割	保険種別	1.協 ④国	2.組 5.退	3.共 6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	②本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 8・⑦
一般前期高齢者 7割 (70歳以上)	保険種別	④国	5.退	6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 ⑩高7	給付割合	10・9 8・⑦
一般前期高齢者 8割 (70歳以上) ※平成24年3月31日まで、指定公費が1割付加されます。	保険種別	1.協 ④国	2.組 5.退	3.共 6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族	⑧高一 0.高7	給付割合	10・9 ⑧・7
一般 六歳未満 8割	保険種別	1.協 ④国	2.組 5.退	3.共 6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 ④六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 ⑧・7

## 退職者

本人 7割	保険種別	1.協 4.国	⑤退	6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	②本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 8・⑦
家族 7割	保険種別	1.協 4.国	⑤退	6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 ⑥家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 8・⑦
退職 六歳未満 8割	保険種別	1.協 4.国	⑤退	6.後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 ④六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 ⑧・7

## 後期高齢者

後期高齢者 7割	保険種別	1.協 4.国	2.組 5.退	⑥後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 ⑩高7	給付割合	10・9 8・⑦
後期高齢者 9割	保険種別	1.協 4.国	2.組 5.退	⑥後期		単併区分	①単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族	⑧高一 0.高7	給付割合	10・⑨ 8・7

- ⑤ 横浜市・川崎市の医療助成分がある場合は、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。(窓口負担が無くても「10」に丸はつけません。)
- 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 当該負傷部位に係る初検年月日を記載してください。
- ⑩ 当該月に施術を行った日数を記載してください。
- ⑪ 施術日欄(新設) 当該月に施術を行った日数を記載してください。(平成23年1月1日施術分から実施)  
(平成23年6月30日施術分までの間、従来の様式を取り繕って使用できますが、施術日の記載については摘要欄に施術日を直接記載する等、施術日が確認できるようにしてください。)
- ⑫ 初検料を記載し、休日・深夜・時間外にかかる場合は、該当する文字を丸で囲み、加算額を記載してください。また、施術時間を「摘要」欄に記載してください。
- ⑬ 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

平成①年 月 日

都道府県番 番 号	②	施術機関コード	③
保険者番号	⑥		
記号・番号	⑦		
保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単併区分 1.単独 2.2併 3.3併	2.本人 4.六歳 6.家族 8.高一 0.高7
給付割合	10・9	8・7	

公費負担者番号 ①	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	
被保険者氏名	氏名	住所	
世帯主・組合員の受給者	住所		

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	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
⑧ 1男 1明2大		
2女 3昭4平	年 月 日	
負 傷 名	負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日
(1)		⑨
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		

新規追加欄 (経過期間中に従来の様式を使用の際(平成23年6月30日まで使用可能)は、摘要欄に施術日を直接記載する等、施術日が確認できるようにすることで可)

経過	請求区分	新規・継続
施術日	⑪ 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	⑫ 円	初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	施術情報提供料	円	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)	70							0.7	
(4)	70							0.7	
(4)	100								

改定毎に様式の変更が伴わないよう金額を削除

(4)算定欄は、(1)~(3)病が治癒した場合に繰り上がり算定の場合使用

合 計	⑬	円
一部負担金		円
請求金額	保険者使用	円
※		円

療養費の受領を再委任する場合は施術証明欄のスペースに例示に準じて記載

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払	預金の種別 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	口座 名称 口座 番号	登録記号番号 登録記号番号がわかりやすいよう別枠を設置
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------	--------------------------------

上記のとおり施術したことを証明します。	また、療養費の受領を ○○○○○会○○○○○会長  (○○市○○町○○番地○○ 1号)に委任します。	上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。
平成 年 月 日		平成 年 月 日
所在地〒		住 所(上記住所欄と同じ)
施術所名称		被保険者 世帯主 組合員 受給者
電話		氏 名
柔道 フリガナ 整復師 氏 名		

(注)任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記入

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

## 2. 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。ただし、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、140103以外の相模原市は146001で全区一括請求できます。)
- ④ 請求書を提出した提出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、支給申請書で使用する印鑑を押印してください。
- ⑥～⑮ 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。
- ⑯～⑳ 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・一部負担金の合計を再掲してください。

	請求書区分		適用	請求書の各区分に集計する申請書			
				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	4.国	2.本人 6.家族	1.単独 1.単独	7
⑦	02	国保一般障害	国保一般被保険者で重度障害者	4.国	2.本人 6.家族	1.単独	7
			国保一般被保険者(本人・家族) 高齢7割受給者で重度障害者			0.高7	
			国保一般被保険者(本人・家族) 高齢8割受給者で重度障害者		8.高一	1.単独	7
			国保一般被保険者小学校未就学で重度障害者		4.六歳	1.単独	8
⑧	52	国保一般70歳以上7割	国保一般被保険者(本人・家族)高齢7割受給者	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)高齢8割受給者 ※平成23年3月まで、指定公費が1割付加されます。		8.高一	1.単独	8
⑨	82	国保一般6歳未満	国保一般被保険者で小学校未就学	4.国	4.六歳	1.単独	8
⑩	16	退職者本人7割	退職被保険者本人	5.退	2.本人	1.単独	7
⑪	06	退職者本人障害	退職被保険者本人で重度障害者	5.退	2.本人	1.単独	7
⑫	18	退職者家族7割	退職被保険者家族	5.退	6.家族	1.単独	7
			退職被保険者家族で重度障害者			6.家族	
⑬	08	退職者家族障害	退職被保険者家族で重度障害者	5.退	4.六歳	1.単独	8
			退職被保険者小学校未就学で重度障害者			4.六歳	
⑭	88	退職者6歳未満	退職被保険者で小学校未就学	5.退	4.六歳	1.単独	8
⑮	76	老人保健(国保)7割	国民健康保険加入の老人保健医療7割受給者	6.後期	0.高7	1.単独	7
	78	老人保健(国保)9割	国民健康保険加入の老人保健医療9割受給者	6.後期	8.高一	1.単独	7

再掲

⑯	41	老人助成事業	市町村単独老人医療費助成を受ける場合	上記の各請求書区分に記載したもののうち、左記の助成医療に該当する場合は、さらに件数・費用額・一部負担金を再掲欄に記入する。
⑰	81	小児助成事業	小児医療費助成を受ける場合	
⑱	85	ひとり親助成事業	ひとり親家庭等医療費助成を受ける場合	
⑲	20	指定公費除外	前期高齢者で指定公費の受給を受けない場合	
⑳	80	障害者助成事業	老人保健で重度障害者医療助成を受ける場合	

平成 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

平成 ④ 年 月 日

施術管理者氏名 印

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	⑦			
		※決定	7割 12				
			8割 22				
			障害 02				
	七〇歳以上	請求	7割 52	⑧			
			8割 62				
		※決定	7割 52				
			8割 62				
		六歳未満	請求	8割 82	⑨		
			※決定	8割 82			
退職者	本人	請求	7割 16	⑩			
			障害 06	⑪			
		※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	⑫			
			障害 08	⑬			
		※決定	7割 18				
			障害 08				
六歳未満	請求	8割 88	⑭				
	※決定	8割 88					
老人保健	請求	7割 76	⑮				
		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	⑯			
	乳幼児	81	⑰			
	一人親	85	⑱			
	二割	20	⑲			
	老健	80	⑳			

※増減	91		※返戻	92	
-----	----	--	-----	----	--

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

### 3. 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 請求書を提出する提出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、支給申請書で使用する印鑑を押印してください。
- 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		
			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 重度障害医療助成がある場合、この欄に件数・費用額・一部負担金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。

①  
平成 年 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。  
平成 年 ③ 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 ⑤ \_\_\_\_\_ (印)

区 分			件 数	施術実日数	施術に要した費用額	備 考
⑤ 後期 高齢者	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	
-----	-----	--

## 4. 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

- ・ 申請書様式は本会が指定する書式(国保・後期高齢者用)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、P6～P7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(2)の請求書を添付して、本会にご提出いただきます。

### (2) 福祉医療(医保用)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。(白色の用紙です)
- ・ この請求書様式は、国保連合会のサイトでダウンロードできます。(コピー印刷でも可)
- ・ 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。
- ・ 記載方法は右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○で囲んで下さい。
  - ③ 国保連で付番した施術所番号を記載してください。
  - ④ 施術所の所在地及び名称等を記入し、本会に登録した印鑑を押印してください。
  - 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、  
代表番号**乳**「81144008」・**障**「80144009」にまとめて集計してください。
  - ⑦ 一部負担金欄は使用しません。
  - ⑧ 合計の件数、点数(費用額)を集計します。
  - ⑨ 明細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 明細書の種別ごとに件数を記入します。前期高齢者7割(13)・8割(12)

※ 神奈川県以外の国民健康保険組合に加入されている方は、本会では取り扱っておりません。  
別途、市町村に直接ご請求ください。

平成<sup>①</sup> 年 月分

②

③ 障害者医療費助成事業(医保用)請求書

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

⑤ 印

下記のとおり請求いたします。

平成 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		薬剤一部負担金		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												
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 1	
	家族・入院	1 5		高齢者・入院9割	1 5	
	就学前・入院・8割	1 3		高齢者・入院外7割	1 3	
	本人・入院外	1 2		高齢者・入院外9割	1 2	⑩
	家族・入院外	1 6	⑨		1 6	
	就学前・入院外・8割	1 4			1 4	
	長	0 2			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下さい。

## 5. 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 平成      年      月柔道整復施術療養費受領書				
(神奈川県国民健康保険団体連合会)				
柔道整復施術所機関番号				※ 受 付 印
②				
区 分	保険者数 (請求書の枚数)	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(右ページ参照)

- ・ 請求書(緑色の用紙)と申請書は、保険者ごとにとりまとめ、左上部をホッ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、さらにひとつまとめに綴じ込みます。
- ・ 綴じ方は、少量の場合はホッチキスで、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

