

鍼灸・マッサージ
療養費支給申請書等記載要領
(神奈川県内施術師用)

平成28年12月版

神奈川県国民健康保険団体連合会

鍼、灸、あんま・マッサージ施術療養費の申請について

鍼、灸、あんま・マッサージ施術療養費のうち、神奈川県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」といいます。）が行う、申請書の受付及び支払業務の取り扱い範囲は、下記の1～3に示す保険および医療費助成の給付を受けられる方です。

1. 国民健康保険

神奈川県内の33の市町村が運営する、国民健康保険の一般被保険者及び退職被保険者の方、または、神奈川県内の6の国民健康保険組合が運営する、国民健康保険の一般被保険者の方。（神奈川県外の市町村や国民健康保険組合、全国国民健康保険組合は対象としておりません。）

2. 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。）の方を対象とし、神奈川県後期高齢者医療広域連合が運営する、後期高齢者医療制度の被保険者の方。

3. 医療費助成事業

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など、市町村等が実施する医療費助成事業(公費分)の支払につきましては、原則、市町村窓口へ別途にご申請いただくこととなりますが、横浜市・川崎市の下記の助成事業に限り、国保連合会で支払を行っています。

- ・ 重度障害者医療費助成・・・横浜市・川崎市
- ・ 小児医療費助成・・・・・・・・横浜市・川崎市
- ・ ひとり親家庭等医療費助成（※）・・・横浜市・川崎市

※ 後期高齢者医療制度の被保険者で、ひとり親家庭等医療費助成の対象者につきましては、助成分のお支払いについて、本会ではお取り扱いしておりません。実施する市町村へお問い合わせください。

※ 上記以外の助成事業や、横浜市・川崎市以外が実施する助成事業の申請方法等につきましては、実施する市町村等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)	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
麻生区		145078	39141379
相模原市	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。

鍼灸、あんま・マッサージ施術療養費の申請方法について

申請書類の各書式および作成について

- (1) 「国民健康保険療養費支給申請書・後期高齢者医療療養費支給申請書」
 - ・療養費支給申請書は、国保と後期高齢者併用の書式で、「はり・きゅう」用と「マッサージ」用の2種類があります。
 - ・神奈川県内の国保保険者および後期高齢者医療制度の被保険者は、共通してこの書式で申請することができます。
 - ・申請書の印刷は、各施術所でご対応願います。(書式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、5～12ページをご覧ください。

- (2) 「国民健康保険鍼灸・マッサージ施術療養費請求書」
「後期高齢者医療鍼灸・マッサージ施術療養費請求書」
 - ・請求書は、「はり・きゅう」と「マッサージ」別に、さらに、「国保」と「後期高齢者」別に、(1)の支給申請書を集計し、請求するための用紙です。
 - ・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、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・記入して下さい。
 - ・この用紙は国保連合会で配付します。(原則、郵送は行いません。)
 - ・記載方法については、ご覧ください。

13～16ページを

- (3) 「鍼灸・マッサージ施術療養費受領書」(=総括票)
 - ・受領書は、「はり・きゅう」と「マッサージ」別に、(2)の請求書の件数・金額を集計して記入する用紙(白色の3枚綴り)です。
 - ・記載方法については、17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」
 - ・健保組合や共済組合など、国保または後期高齢者以外の保険の加入者が、横浜市または川崎市の医療費助成費を受けるための請求書です。
 - ・記載方法については、19～20ページをご覧ください。

提出方法について

(1) 郵送受付について

- ・ 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日が日曜日、祝祭日の場合は、受付最終日前の平日に届くように投函して下さい。

(2) 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。

(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綴じて(請求書等の集計にも含めて)、ご提出願います。

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、支払いの有無にかかわらず、所定の用紙により承ります。（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。）

申請書を提出した当月に取り下げが必要になった場合は、概ねその月の25日までにご依頼いただければ、事務返戻扱いとして、支払前の取り下げが可能です。

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関係上、申し出より2・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、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 療養費係

TEL 045-329-3433

※郵送宛名は、「神奈川県国保連合会 療養費係」としてください。

1. 国民健康保険・後期高齢者医療療養費支給申請書の記載方法(はり・きゅう)

- ① 国保連で付番した施術所番号を記載してください。
- ② 施術を行った年月を記載してください。
- ③ 下記の図をご参照ください。
- ④ 横浜市・川崎市で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、給付割合の記載は本体保険の基本給付どおりです。「10割」に丸はつけません。
他市町村の医療費助成につきましては、公費負担者番号等を記載なされないようお願いします。

※平成29年4月施術分より小児医療費助成事業拡大のため、記載方法が一部変更になります。7頁をご参照下さい。

- ⑤ 被保険者証の保険者番号及び記号番号を記載してください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 国保の場合は世帯主または組合員の氏名、後期高齢者の場合は本人の氏名を記載してください。
- ⑧ 施術を開始した初療年月日を記載してください。
- ⑨ 当該月に施術を行った日数を記載してください。
- ⑩ 施術に要した費用額を記載してください。
- ⑪ 「保健所登録区分」並びに「免許登録番号」欄に必要事項を記載してください。
- ⑫ 「郵便番号」並びに「電話番号」を記載してください。
- ⑬ 同意医師の氏名、医療機関の所在地、直近の同意年月日、傷病名、要加療期間を記載してください。

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 (本人(被保険者))	<table border="1"> <tr> <td>① 社国</td> <td>3 後期</td> <td>② 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>4 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> </table>	① 社国	3 後期	② 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	8 9 10					
① 社国	3 後期	② 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	8 9 10												
一般 7割 (家族(被扶養者))	<table border="1"> <tr> <td>① 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>④ 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>⑥ 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	④ 六外	0 高外7	8 9 10			⑥ 家外		
① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	④ 六外	0 高外7	8 9 10												
		⑥ 家外														
一般前期高齢者 7割 (70歳以上)	<table border="1"> <tr> <td>① 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>4 六外</td> <td>⑦ 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	4 六外	⑦ 高外7	8 9 10			6 家外		
① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	4 六外	⑦ 高外7	8 9 10												
		6 家外														
一般前期高齢者 8割 (70歳以上) ※平成26年5月1日施術分以降は、誕生日が昭和19年4月1日までの方は指定公費が1割付加されます。	<table border="1"> <tr> <td>① 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>⑧ 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>4 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>⑧ 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	① 社国	3 後期	2 本外	⑧ 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	⑧ 9 10			6 家外		
① 社国	3 後期	2 本外	⑧ 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	⑧ 9 10												
		6 家外														
一般 六歳未満 8割	<table border="1"> <tr> <td>① 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>④ 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>⑧ 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	④ 六外	0 高外7	⑧ 9 10			6 家外		
① 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	④ 六外	0 高外7	⑧ 9 10												
		6 家外														

退職者

本人 7割	<table border="1"> <tr> <td>1 社国</td> <td>3 後期</td> <td>② 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>④ 退職</td> <td>4 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 社国	3 後期	② 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	④ 退職	4 六外	0 高外7	8 9 10			6 家外		
1 社国	3 後期	② 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	④ 退職	4 六外	0 高外7	8 9 10												
		6 家外														
家族 7割	<table border="1"> <tr> <td>1 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>④ 退職</td> <td>⑥ 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	④ 退職	⑥ 六外	0 高外7	8 9 10			6 家外		
1 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	④ 退職	⑥ 六外	0 高外7	8 9 10												
		6 家外														
退職 六歳未満 8割	<table border="1"> <tr> <td>1 社国</td> <td>3 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>④ 退職</td> <td>④ 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>⑧ 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	④ 退職	④ 六外	0 高外7	⑧ 9 10			6 家外		
1 社国	3 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	④ 退職	④ 六外	0 高外7	⑧ 9 10												
		6 家外														

後期高齢者

後期高齢者 7割	<table border="1"> <tr> <td>1 社国</td> <td>③ 後期</td> <td>2 本外</td> <td>8 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>4 六外</td> <td>⑦ 高外7</td> <td>8 9 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 社国	③ 後期	2 本外	8 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	4 六外	⑦ 高外7	8 9 10			6 家外		
1 社国	③ 後期	2 本外	8 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	4 六外	⑦ 高外7	8 9 10												
		6 家外														
後期高齢者 9割	<table border="1"> <tr> <td>1 社国</td> <td>③ 後期</td> <td>2 本外</td> <td>⑧ 高外一</td> <td>給付割合</td> </tr> <tr> <td>2 公費</td> <td>4 退職</td> <td>4 六外</td> <td>0 高外7</td> <td>8 ⑨ 10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6 家外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 社国	③ 後期	2 本外	⑧ 高外一	給付割合	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	8 ⑨ 10			6 家外		
1 社国	③ 後期	2 本外	⑧ 高外一	給付割合												
2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7	8 ⑨ 10												
		6 家外														

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書

(平成 年 ②月 分)

機関コード ① (はり・きゅう)

特記事項	9 鍼灸	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外	給付割合		
		2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外			
種類 05. 鍼灸						8	9	10

公費負担者番号	保険者番号
公費受給者番号 ④	被保険者記号・番号 ⑤
療養を 受けた者の 氏名 ⑥	被保険者氏名 (世帯主・組合員) ⑦
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	疾病又は負傷の原因及びその経過

施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無
	平成 ⑧ 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	⑨ 日	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他
	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 ()		発病又は負傷年月日
	初検料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		請求区分 新規・継続
	施 術 料	はり	円× 回= 円	摘 要 (往療・施術理由等)
		きゅう	円× 回= 円	
		はり・きゅう併用	円× 回= 円	
		電療料	円× 回= 円	
		往療料	2 km まで	円× 回= 円
		加算 (km)	円× 回= 円	円
合計金額		⑩ 円		
一部負担金 (1割・2割・3割)		円		
請求金額		円		

施術日	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	
通院○																																	
往療◎																																	

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日	保健所登録区分	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者住所地
	住所	住所		
	免許登録番号 〃 〃 〃 はり師	〃 〃 〃	⑪	
	免許登録番号 〃 〃 〃 きゅう師 氏名	〃 〃 〃	印 電話	

請 求 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日	〒 〃 〃 〃	住所	⑫
	市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長	世帯主 組合員 被保険者	氏名	印 電話

支 払 機 関 委 任 欄	支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座名義人	口座番号			

委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日	世帯主 住所 組合員 被保険者 氏名	〃 〃 〃	印
	代理人	住所	氏名	電話

同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	⑬				月 日から 月 日まで

はり・きゅう 医療費助成分についての記載方法(横浜市、川崎市のみ)

- ① 横浜市及び川崎市に限り、重度障害者、小児、ひとり親家庭等の医療費助成を取り扱っています。医療証に記載のある公費負担者番号(8桁)・受給者番号(7桁)を、当該欄に記載ください。
- ② 一部負担金欄には、公費負担額を記載ください。※1
- ③ 請求金額欄には、合計金額より一部負担金を差し引いた金額を記載ください。

国民健康保険療養費支給申請書 後期高齢者医療療養費支給申請書		機関コード		(はり・きゅう)	
(平成 年 月 分)					
公費負担者番号		公費受給者番号		被保険者記号・番号	
療養を受けた者の氏名		被保険者氏名(世帯主・組合員)		発病又は負傷の原因及びその経過	
生年月日		性別		業務上・外、第三者行為の有無	
初療年月日		今回施術期間		施術実日数	
平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日	
施傷		負傷年月日		第三者行為である3その他	
術		区 分		負傷年月日	
内容		継続		年 月 日	
料		帰		中止・転医	
欄		要		要(手術理由等)	
往療料 2kmまで		円×		円	
加算 (km)		円×		円	
合計金額				円	
一部負担金(1割・2割・3割)				円	
請求金額				円	
施術日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
通院○		往療○			
施術証明欄		上記のとおり施行 平成 年 月		出張専門施術者住所地	
申請欄		免許登録番号		免許登録番号	
申請欄		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日		〒	
申請欄		国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 会長		世帯主 住所 組合員 住所 被保険者 氏名	
支払機関委		支払区分 1. 振込		預金の種類 1. 普通 2. 当座	
支払機関委		口座名義人		金融機関名 銀行 信用金庫 農協	
支払機関委		口座番号		本店 支店 出張所	
委任欄		本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日		世帯主 住所 組合員 住所 被保険者 氏名	
委任欄		代理人 住所		氏名	
委任欄		氏名		電話	
同意記録		同意医師の氏名		住所	
同意記録		同意年月日		傷病名	
同意記録				要加療期間	

①公費併用の場合、医療証に記載されている公費負担者番号(8桁)、受給者番号(7桁)を記載ください。

②公費負担額を記載ください。
※1 平成29年4月施術分より、小児医療費助成制度の対象拡大に伴い、1回の施術自己負担相当額(3割)が500円を超える場合が、助成対象となります。よって、1回の施術自己負担相当額が500円に満たない場合は、全額自己負担となります。
一部、自己負担額なしの被保険者もいるため、医療証の自己負担上限額を確認ください。

③合計金額より一部負担金を差し引いた金額を記載ください。

2. 複数施術者の場合の申請書記載方法について

- ① 一人の被施術者に対して、複数の施術者が施術を行った場合は、2人目以降の施術者は摘要欄に当該施術者氏名および捺印、施術を行った日を記載してください。
- ② 「カレンダー」には、施術を行った日すべてを記入してください。
- ③ 施術証明欄は、当該被施術者に対して、中心的に施術を行った施術者の氏名を記載します。また、住所と施術所名も記載してください。

国民健康保険療養費支給申請書 後期高齢者医療療養費支給申請書 (平成 年 月 分)		機関コー (はり・きゅう)	
特記事項	9 鍼灸	1. 社国	3. 後期
		2. 公費	4. 退職
		5. 本外	8. 高外
		6. 家外	0. 高外
種類	05. 鍼灸	給付割合	8 9 10
公費負担者番号		保険者番号	
公費受給者番号		被保険者記号・番号	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) _____	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	
生年月日	明・大・昭・年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過	
初療年月日	平成 年 月 日	今回施術期間	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日
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 ()	施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無 1 業務上 2 第三者行為である 3 その他
初検料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用	請求区分	新規・継続 転帰 継続・治癒・中止・転医
施術内容	はり きゅう はり・きゅう併用 電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具	摘要 (往療・施術理由等)	国保 一郎 (印) 1,5,12,20 国保 三郎 8,28 ①
請求金額	円 × 回数 = 円 円 × 回数 = 円		
施術日	月 ① 2 3 4 ⑤ 6 7 ⑧ 9 10 11 ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ 16 17 18 19 31		
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。平成 年 月 日	保健所登録区分	1.
申請欄	住所 _____ 氏名 _____		
支払機関	支払区分 1. 振込 口座名義人 _____	預金の種類 1. 普通 2. 当座 銀行 信用金庫 農協	
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。平成 年 月 日		
同意記録	同意医師の氏名 _____ 住所 _____		

第二・第三施術者の署名・捺印と、
施術を行った日を記載します。

複数の施術者が施術を行った日を
まとめて記載します。

住所には施術所名も記載して下さい。

第一施術者の署名・捺印。
(実際に、この申請書において中心的
に施術を行った者であり、必ずしも施
術所の代表者とは限りません。)

代理人は施術所の代表者氏名か、
またはその施術所が所属する施術
団体の団体名と代表者氏名。

3. 国民健康保険・後期高齢者医療療養費支給申請書の記載方法(マッサージ)

- ① 国保連で付番した施術所番号を記載してください。
- ② 施術を行った年月を記載してください。
- ③ 下記をご参照ください。
- ④ 横浜市・川崎市で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、給付割合の記載は本体保険の基本給付どおりです。「10割」に丸は付けません。
他市町村の医療費助成につきましては、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。

※平成29年4月施術分より小児医療費助成事業拡大のため、記載方法が一部変更になります。11頁をご参照下さい。

- ⑤ 被保険者証の保険者番号及び記号番号を記載してください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 国保の場合は世帯主または組合員の氏名、後期高齢者の場合は本人の氏名を記載してください。
- ⑧ 施術を開始した初療年月日を記載してください。
- ⑨ 当該月に施術を行った日数を記載してください。
- ⑩ 施術に要した費用額を記載してください。
- ⑪ 「保健所登録区分」並びに「免許登録番号」欄に必要事項を記載してください。
- ⑫ 「郵便番号」並びに「電話番号」を記載してください。
- ⑬ 同意医師の氏名、医療機関の所在地、直近の同意年月日、傷病名、要加療期間を記載してください。

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 (本人(被保険者))	① 社国 3 後期 ② 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 9 10
一般 7割 (家族(被扶養者))	① 社国 3 後期 2 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 ⑥ 家外 0 高外7	給付割合 8 9 10
一般前期高齢者 7割 (70歳以上)	① 社国 3 後期 2 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 6 家外 ⑦ 高外7	給付割合 8 9 10
一般前期高齢者 8割 (70歳以上) ※平成26年5月1日施術分以降は、誕生日が 昭和19年4月1日までの方は指定公費が1割付加されます。	① 社国 3 後期 2 本外 ⑧ 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 ⑧ 9 10
一般 六歳未満 8割	① 社国 3 後期 2 本外 8 高外一 ④ 六外 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 ⑧ 9 10

退職者

本人 7割	1 社国 3 後期 ② 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 ④ 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 9 10
家族 7割	1 社国 3 後期 2 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 ④ 退職 ⑥ 家外 0 高外7	給付割合 8 9 10
退職 六歳未満 8割	1 社国 3 後期 2 本外 8 高外一 ④ 六外 2 公費 ④ 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 ⑧ 9 10

後期高齢者

後期高齢者 7割	1 社国 ③ 後期 2 本外 8 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 6 家外 ⑦ 高外7	給付割合 8 9 10
後期高齢者 9割	1 社国 ③ 後期 2 本外 ⑧ 高外一 4 六外 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	給付割合 8 ⑨ 10

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書

平成 ② 年 月 分

機関コード ① (マッサージ)

特記事項	9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外一	給付割合		
	マ	2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外7			
種類 0 4 . マ						8	9	10

公費負担者番号	保険者番号
公費受給者番号 ④	被保険者記号・番号 ⑤
療養を(フリガナ) 受けた者の氏名 ⑥ 男 女	被保険者氏名 ⑦ (世帯主・組合員) 発病又は負傷の原因及びその経過
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	

施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無	
	平成 ⑧ 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	⑨ 日	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他	
	傷病名又は症状			発病又は負傷年月日 年 月 日	
	マ ッ サ ー ジ	軀幹	円× 回=	円	請求区分
		右上肢	円× 回=	円	新規・継続
		左上肢	円× 回=	円	転 帰
		右下肢	円× 回=	円	継続・治療・中止・転医
		左下肢	円× 回=	円	摘 要 (往療・施術理由等)
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回=	円		
	温 罨 法	円× 回=	円		
温罨法・電気光線器具	円× 回=	円			
往療料 2 kmまで 加算 (km)	円× 回=	円			
合計金額	⑩		円		
一部負担金(1割・2割・3割)			円		
請求金額			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
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師 _____ 住所 _____ 氏名 _____ ⑪ 印 電話 _____
-------	---

申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 _____ 住所 _____ ⑫ 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長 _____ 世帯主 組合員 被保険者 氏名 _____ 印 電話 _____
-----	--

支払機関欄	支払区分 1. 振込 預金の種類 1. 普通 2. 当座 金融機関名 _____ 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所 口座名義人 _____ 口座番号 _____
-------	--

委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 _____ 世帯主 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 被保険者 _____ 印 代理人 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____
-----	---

同意記録	同意医師の氏名 ⑬ _____ 住所 _____ 同意年月日 _____ 傷病名 _____ 要加療期間 _____ 月 日から _____ 月 日まで
------	--

マッサージ 医療費助成分についての記載方法(横浜市、川崎市のみ)

- ① 横浜市及び川崎市に限り、重度障害者、小児、ひとり親家庭等の医療費助成を取り扱っています。医療証に記載のある公費負担者番号(8桁)・受給者番号(7桁)を、当該欄に記載ください。
- ② 一部負担金欄には、公費負担額を記載ください。※1
- ③ 請求金額欄には、合計金額より一部負担金を差し引いた金額を記載ください。

国民健康保険療養費支給申請書 後期高齢者医療療養費支給申請書		機関コード	(マッサージ)	
(平成		高外一	給付割合	
)		高外7	8 9 10	
公費負担者番号		被保険者記号・番号		
公費受給者番号		被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
療養を受けた者の氏名		発病又は負傷の原因及びその経過		
生年月日		発病又は負傷年月日		
初療年月日		業務上・外、第三者行為の有無		
今年手術期間		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他		
平成 年 月 日 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		発病又は負傷年月日		
傷病名又は症状		平成 年 月 日		
<p style="text-align: center;">②公費負担額を記載ください。</p> <p>※1 平成29年4月施術分より、小児医療費助成制度の対象拡大に伴い、1回の施術自己負担相当額(3割)が500円を超える場合が、助成対象となります。よって、1回の施術自己負担相当額が500円に満たない場合は、全額自己負担となります。</p> <p>一部、自己負担額なしの被保険者もいるため、医療証の自己負担上限額を確認ください。</p>		請求区分		
		・ 継続		
		・ 帰		
		・ 意・中止・転医		
欄		要 施 術 理 由 等)		
合計金額		円		
一部負担金(1割・2割・3割)		円		
請求金額		円		
施術日		19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
通院○				
往療◎				
施術証明欄		2. 出張専門施術者住所地		
申請欄		電話		
支払機関欄		横浜		
支払区分		本店		
1. 振込		支店		
預金の種類		出張所		
1. 普通				
2. 当座				
口座名義人		口座番号		
委任欄		本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。		
		平成 年 月 日		
		世帯主 住所		
		組合員 住所		
		被保険者 氏名 _____ 印		
		住所		
		代理人 氏名 _____ 電話 _____		
同意記録		同意年月日		
同意医師の氏名		傷病名		
住所		要加療期間		

4. 複数施術者の場合の申請書記載方法について

- ① 一人の被施術者に対して、複数の施術者が施術を行った場合は、2人目以降の施術者は摘要欄に当該施術者氏名および捺印、施術を行った日を記載してください。
- ② 「カレンダー」には、施術を行った日すべてを記入してください。
- ③ 施術証明欄は、当該被施術者に対して、中心的に施術を行った施術者の氏名を記載します。また、住所と施術所名も記載してください。

国民健康保険療養費支給申請書 後期高齢者医療療養費支給申請書		機関コード (マッサージ)																		
(平成 年 月 分)		特記事項	<table border="1"> <tr> <td>9</td> <td>1. 社国</td> <td>3. 後期</td> <td>2. 本外</td> <td>8. 高外一</td> <td rowspan="2">給付割合</td> </tr> <tr> <td>マ</td> <td>2. 公費</td> <td>4. 退職</td> <td>4. 六外</td> <td>0. 高外7</td> </tr> <tr> <td colspan="5">種類 04. マ</td> <td>8 9 10</td> </tr> </table>	9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外一	給付割合	マ	2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外7	種類 04. マ					8 9 10
9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外一	給付割合															
マ	2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外7																
種類 04. マ					8 9 10															
公費負担者番号		保険者番号																		
公費受給者番号		被保険者記号・番号																		
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 男 女	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	発病又は負傷の原因及びその経過																	
生年月日	明・大・昭・年 月 日																			
施術内容	初療年月日	今回施術期間	施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無																
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	日	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他																
	傷病名又は症状			発病又は負傷年月日																
				平成 年 月																
	マッサージ	円× 回= 円		請求区分																
				新規・継続																
				転帰																
				継続・治癒・中止・転医																
				摘要																
				(往療・施術理由等)																
複数の施術者が施術を行った日をまとめて記載します。		第二・第三施術者の署名・捺印と、施術を行った日を記載します。		国保 一郎 ㊟ 1, 5, 12, 21 国保 三郎 ㊟ ① 2, 8, 22																
一部負担金 (1割・2割・3割)		円																		
請求金額		円																		
施術日	月 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱																			
通院○ 往療◎																				
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 免許登録番号 ③ あん摩マッサージ指圧師	住所	住所には施術所名も記載して下さい。																	
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長	住所	第一施術者の署名・捺印。 (実際に、この申請書において中心的に施術を行った者であり、必ずしも施術所の代表者とは限りません。)																	
支払機関欄	支払区分 1. 振込 預金の種類 1. 普通 2. 当座 金融機関名	銀行 信用金庫 農協																		
口座名義人		口座番号																		
委任欄	本請求に基づく療養費 (医療費) の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 世帯主 住所 組合員 氏名 被保険者 氏名 代理人 住所 氏名		代理人は施術所の代表者氏名か、またはその 施術所が所属する施術団体の団体名と代表者氏名。																	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間															

5. 国民健康保険鍼灸・マッサージ施術療養費請求書の記載方法

- 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 国保連が付番した施術所番号を記入してください。(例:037.123.4)
- 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 請求書を提出した提出年月日を記入してください。
- ⑤ 鍼灸・マッサージの該当コード(04・05)に丸印をしてください。
- ⑥ 施術所の所在地及び名称、施術師氏名を記入し、本会に登録した印鑑を押印してください。
- ⑦～⑫ 下記の請求書区分に従い、申請書の件数・施術日数・費用額(合計金額)を記入してください。
- ⑬～⑮ さらに、医療助成に該当する場合は、再掲欄に、申請書の件数・費用額等の合計を再掲してください。

	請求書区分		適用	各請求書区分に集計する申請書				
				制度	種類	給付割合		
⑦	12	一般7割	国保一般被保険者本人・家族 (公費併用含む※)	①社・国	②本外 ⑥家外	8	9	10
⑧	52	一般70歳以上7割	国保一般高齢7割受給者 (公費併用含む※)	①社・国	⑦高外7	8	9	10
	62	一般70歳以上8割	国保一般高齢8割受給者 (公費併用含む※)		⑧高外一	⑧	9	10
⑨	82	一般6歳未満	国保小学校未就学(公費併用含む※)	①社・国	④六外8	⑧	9	10
⑩	16	退職者本人7割	退職被保険者本人(公費併用含む※)	④退職	②本外	8	9	10
⑪	18	退職者家族7割	退職被保険者家族(公費併用含む※)	④退職	⑥家外	8	9	10
⑫	88	退職者6歳未満	退職小学校未就学(公費併用含む※)	④退職	④六外8	⑧	9	10

※公費併用は、横浜市・川崎市の実施する小児医療費助成事業、
ひとり親家庭等医療費助成事業、障害者医療費助成事業のみ取り扱います

再掲 (横浜市・川崎市のみ)

⑬	81	乳幼児医療助成	小児医療費助成事業	上記に記載したもののうち、左記の医療費助成に該当する場合は、さらに件数・費用額等を再掲欄に記入します。
⑭	85	ひとり親助成事業	ひとり親家庭等医療費助成事業	
⑮	80	障害者助成事業	障害者医療費助成事業	

平成 ① 年 月分国民健康保険鍼灸・マッサージ施術療養費請求書

保険者 ③ 殿 診療科 ②
マッサージ 04
鍼灸 05

下記のとおり請求する。

⑤ ⑥ 施術所の所在地及び名称

平成 ④ 年 月 日 施術者氏名 ⑦

		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	⑦	(斜線)				
			8割	22						
		障 害	02							
			7割	12						
		※決 定	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					
			※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	⑪					
			障 害	08						
		※決 定	7割	18						
			障 害	08						
六歳未満	請 求	8割	88	⑫						
		※決 定	8割		88					
老 人 健 保	請 求	7割	76							
		9割	78							
	※決 定	7割	76							
		9割	78							

	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	老 人	41			(斜線)	
	⑬ (乳)	81	⑬			
	⑭ (親)	85	⑭			
	⑮ (障)老健	80	⑮			

※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。

6. 後期高齢者医療鍼灸・マッサージ施術療養費請求書の記載方法

- 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2月施術分の申請書を含める。)
- ② 鍼灸・マッサージの該当コード(04・05)のいずれかに丸印をしてください。
- ③ 国保連で付番された施術所番号を記入してください。(例:037.123.4)
- ④ 請求書を提出する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、施術師氏名を記入し、本会に登録した印鑑を押印してください。
- ⑥ 下記の請求書区分に従い、申請書の件数・施術日数・費用額(合計金額)を記入してください。

請求書区分		適用	各請求書区分に集計する申請書				
			制度	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	③後期	⑩高外7	8	9	10
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	③後期	⑧高外一	8	⑨	10

- ⑦ 重度障害者医療助成(横浜市・川崎市のみ)がある場合、上記の区分に計上したうえで、さらにこの欄に件数・費用額・一部負担金額を再掲してください。

平成^① 年 月分後期高齢者医療鍼灸・マッサージ施術療養費請求書

39

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

 殿

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

②

	診療科
マッサージ	04
鍼灸	05

施術所番号 ^③ _____

施術所の所在地
及び名称

^⑤

後期高齢者医療

施術師氏名

④ 印

区 分			件 数	施術実日数	施術に要した費用額	備 考
⑥ 後期 高齢者	請求	7 割	76			
		9 割	78			
	※決定	7 割				
		9 割				

⑦ 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
	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	91		※返戻	92	
-----	----	--	-----	----	--

7. 鍼灸・マッサージ施術療養費受領書(総括票)の記載方法および編綴方法

① 平成 年 月 鍼灸・マッサージ施術療養費受領書 (神奈川県国民健康保険団体連合会)				
施 術 所 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。

⑥ **鍼灸用
マッサージ用**
該当を○で囲んでください。

(1) 記載方法 (上記参照)

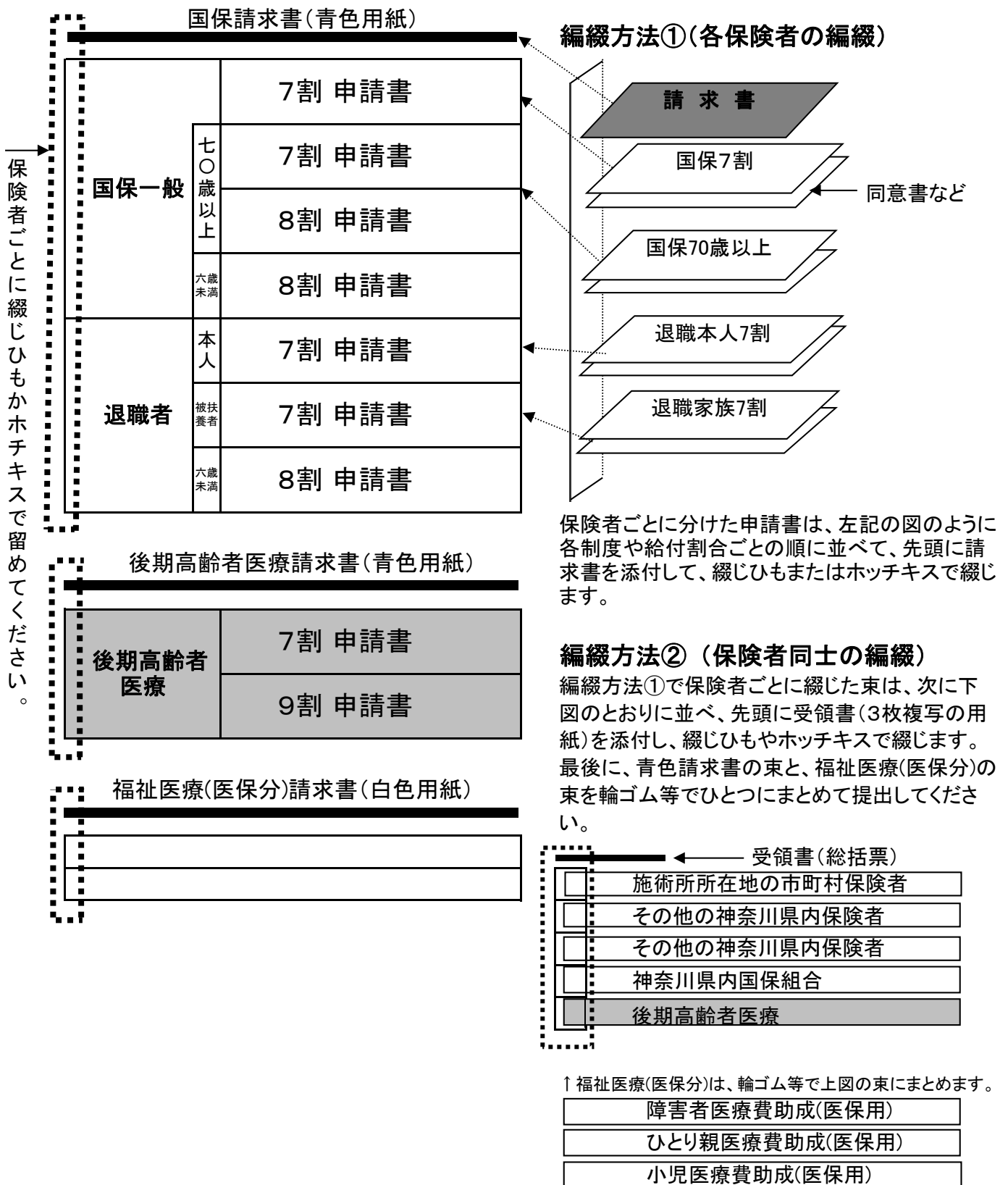
受領書(総括票)は、鍼灸とマッサージごとに各々1組(3枚複写)を使用します。
 郵送で連合会にご提出する場合は、1枚目をはがして控えとしてお持ち下さい。

- 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番号を記入してください。(例:037.123.4)
- ③ 国民健康保険鍼灸・マッサージ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(合計金額)の総計を記入してください。
- ④ 後期高齢者医療鍼灸・マッサージ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(合計金額)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。
- ⑥ 該当(鍼灸用、マッサージ用)を丸で囲んでください。

(2) 編綴方法 (右ページ参照)

- ・ 請求書(青色の用紙)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。
- ・ この時、同意書や往療距離の詳細などの別紙がある場合は、各々の申請書の次にくるように綴ります。
- ・ 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り込みます。
- ・ 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



8. 福祉医療(医保の場合)の請求について

健保組合や共済組合など、国保または後期高齢以外の保険に加入されている方で、横浜市または川崎市の下記の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

- ・ 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、P5, 6, 9, 10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、横浜・川崎の市別に関係なく、1枚の請求書で記載できます。
- ・ 記載方法は19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。(柔整と同じ処理ラインで入力を行うため)
 - 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。
 - ※ 横浜市・川崎市の**乳**一部負担金あり(平成29年4月施術分より)の医療証の場合でも、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(平成29年4月施術分より)
 - ※ 横浜市・川崎市の**乳**についての、一部負担金ありの医療証の場合は自己負担額を記載してください。
 - 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(10)・8割(18)
 - ※ 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、横浜市・川崎市に直接ご請求ください。

平成^① 年 月分

②

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

障 障害者医療費助成事業(医保用)請求書

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

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		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									
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8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8割	1	8
	家族・入院外	1	6			
	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下さい。