

鍼灸・マッサージ
療養費支給申請書等記載要領
(神奈川県外施術師用)

平成28年4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

お取り扱いの範囲

鍼、灸、あんま・マッサージ施術療養費で、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とおりです。

（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。

※ 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、当該市町村へ別に申請していただくか、被保険者が直接申請し、償還払いを受ける取り扱いとなります。詳しくは、実施する市町村等へお問い合わせください。

申請書類の各書式および作成方法

（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。
- ・ 神奈川県内の国保被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、３～８ページをご覧ください。

（２）「鍼灸・マッサージ施術療養費受領書」（＝総括票）

- ・ 受領書は、（１）の申請書を「はり・きゅう」と「マッサージ」別に、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、９ページをご覧ください。

申請書の提出方法

(1) 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。

申請書の取り下げ

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、数十件単位で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 施術所所在地の都道府県番号を記載して下さい。(別表1参照)
- ② 国保連で付番した施術所番号を記載してください。
- ③ 施術を行った年月を記載してください。
- ④ 前期高齢者8割の方で、国の指定公費1割の受給を受けない方は、「20」と記入してください。
- ⑤ 下記をご参照ください。
- ⑥ この欄は使用しません。公費負担者番号をお持ちの方でも記載なされないようお願いいたします。
- ⑦ 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。
- 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 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。
- ⑩ 施術を開始した初療年月日を記載してください。
- ⑪ 当該月に施術を行った日数を記載してください。
- ⑫ 施術に要した費用額を記載してください。
- ⑬ 「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。
- ⑭ 「郵便番号」並びに「電話番号」を記載してください。
- ⑮ 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 公費 4 退職	② 本外 8 高外一 4 六外 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 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 4 六外 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 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 4 六外 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 公費 4 退職	2 本外 ⑧ 高外一 4 六外 6 家外 0 高外7	給付割合 ⑧ 9 10
一般 六歳未満 8割	① 社国 3 後期 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 ④ 六外 6 家外 0 高外7	給付割合 ⑧ 9 10

退職者

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

後期高齢者

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

① 機関コード ② (はり・きゅう)

特記事項 ④	9 鍼灸	1. 社国	3. 後援	7. 本外 六外 家外	8. 高外	給付割合 8 9 10
	⑤	2. 公費	4. 退	5. 退	0. 高外	
種類 05. 鍼灸						

公費負担者番号	⑥	保険者番号	⑦
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)	⑧	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	⑨
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過	

施 術 内 容 欄	初療年月日	今年	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 ⑩ 年 月 日	自平成 年 月 日	～	至平成 年 月 日	⑪ 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				円	請求区分 新規・継続
	はり	円×	回=	円	円	転 帰	
	きゅう	円×	回=	円	円	継続・治療・中止・転医	
	はり・きゅう併用	円×	回=	円	円	摘 要 (往療・施術理由等)	
	電療料	円×	回=	円	円		
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
	往療料	2 km まで	円×	回=	円	円	
加算 (km)		円×	回=	円	円		
合計金額					⑫	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	⑬		
	免許登録番号	はり師		
	免許登録番号	きゅう師	氏名	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	⑭
	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 組合員 被保険者 氏名	住所	印
	代理人	氏名	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
	⑮				月 日から 月 日まで

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		機関コード (はり・きゅう)	
(平成 年 月 分)		特記事項	9 鍼灸
		1. 社国 3. 後期 2. 本外 8. 高外 2. 公費 4. 退職 6. 家外 0. 高外	給付割合 8 9 10
		種類 05. 鍼灸	
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	発病又は負傷の原因及びその経過		
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	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	平成 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
施内容料	はり 円× 回数= 円 きゅう 円× 回数= 円 はり・きゅう併用 円× 回数= 円 電療料 円 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器	転帰	摘要 (往療・施術理由等) 国保 一郎 印 国保 三郎 9,22
往療料	2 km まで 円× 回数= 円	請求金	円
一部負担金 (1割)	円	請求金	円
施術日	月 ① 2 3 4 ⑤ 6 7 ⑧ 9 10 11 ⑫ 13 14 ⑬ 16 17 18 19 20 ⑳ ㉑ ㉒ 23 24 ㉔ 26 27 28 29 30 31	往療	円
通院	○	往療	円
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	〒 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	〒 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長
免許登録番号	③ はり師	免許登録番号	きゅう師 氏名 印
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	世帯主 住所	世帯主 住所
世帯主 住所	国民健康保険組合 組合員 被保険者 氏名	国民健康保険組合 組合員 被保険者 氏名	国民健康保険組合 組合員 被保険者 氏名
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	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	世帯主 住所
世帯主 住所	組合員 被保険者 氏名	組合員 被保険者 氏名	組合員 被保険者 氏名
代理人 住所	代理人 氏名	代理人 住所	代理人 氏名
同意記録欄	同意医師の氏名	住所	同意年月日
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名
同意年月日	傷病名	要加療期間	

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。

住所には施術所名も記載してください。

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、またはその施術者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 施術所所在地の都道府県番号を記載して下さい。(別表1参照)
- ② 国保連で付番した施術所番号を記載して下さい。
- ③ 施術を行った年月を記載して下さい。
- ④ 前期高齢者8割の方で、国の指定公費1割の受給を受けない方は、「20」と記入して下さい。
- ⑤ 下記をご参照ください。
- ⑥ この欄は使用しません。公費負担者番号をお持ちの方でも記載なさらないようお願いします。
- ⑦ 被保険者証の保険者番号及び記号番号を記載して下さい。
- ⑧ 療養を受けた方の氏名・性別及び生年月日を記載して下さい。
- ⑨ 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下さい。
- ⑩ 施術を開始した初療年月日を記載して下さい。
- ⑪ 当該月に施術を行った日数を記載して下さい。
- ⑫ 施術に要した費用額を記載して下さい。
- ⑬ 「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下さい。
- ⑭ 「郵便番号」並びに「電話番号」を記載して下さい。
- ⑮ 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下さい。

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 公費 4 退職	② 本外 8 高外一 4 六外 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 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 4 六外 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 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 4 六外 6 家外 ⑩ 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 公費 4 退職	2 本外 ⑧ 高外一 4 六外 6 家外 0 高外7	給付割合 ⑧ 9 10
一般 六歳未満 8割	① 社国 3 後期 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外一 ④ 六外 6 家外 0 高外7	給付割合 ⑧ 9 10

退職者

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

後期高齢者

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

① 機関コード ② (マッサージ)

特記事項 ④	9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外1	給付割合 8 9 10
	マ	2. 公費	4. 退職	5	4. 六外 6. 家外	
種類 0 4 . マ						

公費負担者番号	⑥	保険者番号	⑦
公費受給者番号		被保険者記号・番号	
療養を(フリガナ) 受けた者の氏名	⑧	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	⑨
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	発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 ⑩年 月 日	自平成 年 月 日	～ 至平成 年 月 日	⑪ 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 癒 ・ 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=	
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	円×	回=	円		
加算	(km)	円×	回=	円		
合 計 金 額				⑫	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 免許登録番号 _____ 住所 _____ あん摩マッサージ指圧師 _____ 氏名 _____ 印 _____ 電話 _____	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
-------	--	---------	-------------------------

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 _____ 円 _____ 住所 _____ ⑭ 市町村 国民健康保険組合 世帯主 組合員 被保険者 氏名 _____ 印 _____ 電話 _____ 後期高齢者医療広域連合 長
-----	---

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 _____ 住所 _____ 世帯主 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 ⑮ _____ 住所 _____ 同意年月日 _____ 傷病名 _____ 要加療期間 _____ 月 日から _____ 月 日まで
------	---

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適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)		機関コード (マッサージ)	
特記事項	9. ① 1. 社国 マ 2. 公費	3. 後期 4. 退職	2. 本外 4. 六外 ⑥ 家外
		8. 高外1 0. 高外7	給付割合 8・9・10
種類	04. マ		
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)	
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	
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	業務上・外、第三者行為の有無
	傷病名又は症状		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹 円× 回= 円	発病又は負傷年月日
		右上肢 円× 回= 円	平成 年 月 日
		左上肢 円× 回= 円	請求区分
		右下肢 円× 回= 円	新規・継続
		左下肢 円× 回= 円	転 帰
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回= 円	継続・治療・中止・転医
	温 電 法	円× 回= 円	摘 要
温電法・電気光線器具	円× 回= 円	(往療・施術理由等)	
往療料 2 kmまで 加算 (_____)	円	国保 一郎 ㊟	
		1, 5, 12, 21	
		国保 三郎 ㊟ ①	
		2, 9, 22	
複数の施術者が施術を行った日をまとめて記載します。			
施術日 通院日 往療日	月 ① ② 3 4 ⑤ 6 7 ⑧ 9 10 11 ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ 17 18 19 20 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	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	住所には施術所名も記載してください。	
	免許登録番号 ③ はり師		
	免許登録番号 _____ きゅう師 氏名 _____ 印 _____		
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します。 平成 年 月 日	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 _____
	口座名義人 _____		銀行 _____ 本店 _____ 支店 _____ 出張所 _____
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 住所 _____ 代理人 氏名 _____	代理人は施術所の代表者氏名か、またはその施術者が所属する施術団体の団体名と代表者氏名。 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 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで

5. 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。

記載方法

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。

- 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 国民健康保険の保険者数、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。

※申請書を保険者番号の若い順に並べ、記入を終えた受領書とホチキス等で留めて本会へご提出ください。

※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ください。

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		