

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)

令和6年10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」という。）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事業の給付を受けられる方です。

※国保連合会へ申請書を提出される場合、必ず事前に施術所登録の手続きが必要です。

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、神奈川県内の６の国民健康保険組合が運営する（医師国保組合の請求は受付できません。）、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

県内市町村が実施する医療費助成事業（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）の支払につきましては、国保連合会より支払いを行います。（※１を除く）。

※１ 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。

※２ 上記以外の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。

※３ 原爆医療および難病（特定）医療費助成制度については、本会ではお取り扱いしていないため、療養費支給申請書についても公費番号を記載しないでください。

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	39141312
	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
神奈川県医師会		143016	
神奈川県歯科医師会		143024	
神奈川県食品衛生会		143032	
神奈川県薬剤師会		143040	
神奈川県建設業会		143057	
神奈川県建設連合会		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) 申請書について

「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、5～10ページをご覧ください。

(2) 請求書について

「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。
- ・ 請求書の印刷は、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、11～14ページをご覧ください。

(3) 受領書(＝総括票)について

「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(三枚一組)です。(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、15ページをご覧ください。

(4) 福祉医療請求書について

「㊦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、市町村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、17～18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、電話やFAXで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

療養費・後期高齢者医療部 療養費課 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。(神奈川県の場合は14です)
- ③ 国保連合会で付番した機関コード番号を記載してください。
- ④ 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。
原爆医療および難病(特定)医療費助成制度については、本会ではお取り扱いしていないため、記載しないでください。
なお、給付割合の記載は本体保険の基本給付とおりです。「10割」に丸はつけません。
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 下記の図をご参照ください。
- ⑥ 被保険者の保険者番号を記載してください。
- ⑦ 被保険者の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 施術を開始した初療年月日を記載してください。
- ⑩ 当該月に施術した期間および当該月に施術を行った日数をそれぞれ記載してください。
- ⑪ 初めて施術をする場合は「新規」、引き続きの施術であれば「継続」に丸をつけてください。
- ⑫ 施術が継続中の場合は「継続」、治癒の場合は「治癒」、施術を中止した場合は「中止」、保険医療機関に引き継いだ場合は「転医」に丸をつけてください。
- ⑬ 「施術内容欄」について必要事項を記載してください。「合計金額」には施術に要した費用額を記載してください。
- ⑭ 施術された月および日付に、○、◎、①、②、③のいずれかを記載ください。
- ⑮ 日付、保健所登録区分、登録記号番号、施術所所在地、名称、施術管理者氏名の記載が必要です。
- ⑯ 日付、⑧に記載された方の住所・氏名の記載が必要です。
- ⑰ 国保連合会に登録された支払機関を記載してください。(登録の変更の際は再度手続きが必要となります。)
- ⑱ 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。
- ⑲ 代理人は施術所の代表者氏名か、その施術所が所属する施術団体の団体名と代表者氏名および住所を記載ください。

下記の例に基づき該当箇所^①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><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	8 9 10												
一般 7割 (家族(被扶養者))	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>⑥ 家外</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					⑥ 家外	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														
		⑥ 家外	0 高外7	8 9 10												
一般前期高齢者 7割 (70歳以上)	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</td><td>⑦ 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					6 家外	⑦ 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														
		6 家外	⑦ 高外7	8 9 10												
一般前期高齢者 8割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												
一般 六歳未満 8割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												

後期高齢者

後期高齢者 7割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</td><td>⑦ 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					6 家外	⑦ 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														
		6 家外	⑦ 高外7	8 9 10												
後期高齢者 8割 令和4年10月施術分から、窓口負担割合が細分化され、一般所得者で一定以上所得のある方は窓口負担が2割となります。	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												
後期高齢者 9割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	8 ⑨ 10												

③

療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）

		都道府県番号		機関コード			
公費負担者番号				特記事項		1 社国 3 後高 2 本外 8 高外一 2 公費 4 退職 4 六外 0 高外7 6 家外	
公費受給者番号		①				給付割合 8 9 10	
区市町村番号							
受給者番号							
被保険者欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		続		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。 ※原爆医療および難病(特定)医療費助成制度については、本 会ではお取り扱いしていないため、記載しないでください。
			年 月 日				
	療養を受けた者の氏名		男 女				
	明・大・昭・平・令		年 月 日生				
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日		新規・継続
	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()				転 帰
	初検料(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円				継続・治癒・中止・転医
	施 術 内 容	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					
		訪問施術料 2					
		訪問施術料 3 (3人～9人)					
		訪問施術料 3 (10人以上)					
電療料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)							
特 別 地 域(加 算)							
施 術 報 告 書 交 付 料	往 療 料		円× 回＝				
	令和 年 月分		円× 回＝				
	合 計		円				
	一部負担金(1 割・2 割・3 割)		円				
	請 求 額		円				
施 術 日	訪問1①	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				
	通所○ 訪問2② 往療○ 訪問3③						
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内服 独歩による外出困難 3. その他())							
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領受しました。		住所登録区分		1.施術所所在地 2.出張専門施術者所在地		
	令和 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日		合計金額より基本給付の割合を乗じた金額を記載ください。 (小数点が出た場合は切り捨てとなります。)		円 円 円		
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。		令和 年 月 日		申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話		
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払		預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	口座名義 カタカナで記入		口座番号		郵便局		
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
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。							
令和 年 月 日							
申請者 住所 代理人 住所							
(被保険者) 氏名 氏名							

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(マッサージ)

- 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。(神奈川県の場合は14です)
- ③ 国保連合会で付番した機関コード番号を記載してください。
- ④ 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。
原爆医療および難病(特定)医療費助成制度については、本会ではお取り扱いしていないため、記載しないでください。
なお、給付割合の記載は本体保険の基本給付とおりです。「10割」に丸はつけません。
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。10頁をご参照下さい。
- ⑤ 下記の図をご参照ください。
- ⑥ 被保険者の保険者番号を記載してください。
- ⑦ 被保険者の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 施術を開始した初療年月日を記載してください。
- ⑩ 当該月に施術した期間および当該月に施術を行った日数をそれぞれ記載してください。
- ⑪ 初めて施術をする場合は「新規」、引き続きの施術であれば「継続」に丸をつけてください。
- ⑫ 施術が継続中の場合は「継続」、治癒の場合は「治癒」、施術を中止した場合は「中止」、保険医療機関に引き継いだ場合は「転医」に丸をつけてください。
- ⑬ 「施術内容欄」について必要事項を記載してください。「合計金額」には施術に要した費用額を記載してください。
- ⑭ 施術された月および日付に、○、◎、①、②、③のいずれかを記載ください。
- ⑮ 日付、保健所登録区分、登録記号番号、施術所所在地、名称、施術管理者氏名の記載が必要です。
- ⑯ 日付、⑧に記載された方の住所・氏名の記載が必要です。
- ⑰ 国保連合会に登録された支払機関を記載してください。(登録の変更の際は再度手続きが必要となります。)
- ⑱ 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。
- ⑲ 代理人は施術所の代表者氏名か、その施術所が所属する施術団体の団体名と代表者氏名および住所を記載ください。

下記の例に基づき該当箇所^①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><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	8 9 10												
一般 7割 (家族(被扶養者))	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>⑥ 家外</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					⑥ 家外	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														
		⑥ 家外	0 高外7	8 9 10												
一般前期高齢者 7割 (70歳以上)	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</td><td>⑦ 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					6 家外	⑦ 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														
		6 家外	⑦ 高外7	8 9 10												
一般前期高齢者 8割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												
一般 六歳未満 8割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												

後期高齢者

後期高齢者 7割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</td><td>⑦ 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					6 家外	⑦ 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														
		6 家外	⑦ 高外7	8 9 10												
後期高齢者 8割 令和4年10月施術分から、窓口負担割合が細分化され、一般所得者で一定以上所得のある方は窓口負担が2割となります。	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	⑧ 9 10												
後期高齢者 9割	<table><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></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>6 家外</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					6 家外	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														
		6 家外	0 高外7	8 ⑨ 10												

療養費支給申請書（ ① 年 月分）（あんま・マッサージ用）

都道府
県番号 ②

機関コード ③

公費負担者番号				④				
公費受給者番号								
区市町村番号								
受給者番号								

特記事項	1 社国 3 後高 2 本外 8 高外一	給付割合
	2 公費 4 退職 ⑤ 6 家外 0 高外7	
種類 04 マッサージ		
保険者番号		⑥

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	⑦		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
		⑧		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
		男 女	○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																														
明・大・昭・平・令 年 月 日生																																	
施 術 内 容 欄	⑨ 初療年月日		施術期間 ⑩		実日数		請求区分																										
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日		⑪ 新規・継続																										
	傷病名及び症状						⑫ 転 帰																										
							継続・治癒・中止・転医																										
	施 術 料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																							
		通所		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 1		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 2		⑬ 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																													
		温電法(加算)		円 × 回 = 円																													
		温電法・電気光線器具(加算)		円 × 回 = 円																													
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可		同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																									
		特 別 地 域(加 算)		円 × 回 = 円																													
	往 療 料		円 × 回 = 円																														
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 × 回 = 円																														
	合 計		円																														
	一部負担金(1 割・2 割・3 割)		円																														
	請 求 額		円																														
	施術日		訪問①	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
通所○ 訪問②		月															⑭																
往療◎ 訪問③																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																	
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。		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																												
	令和 年 月 日		⑮		所在地 名称 氏名 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。		〒		〒																												
	令和 年 月 日		⑯		申請者 住所 氏名 電話																												
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店 支店 出張所																										
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		⑰		金庫 農協																										
同 意 記 録	口座名義 口座番号		郵便局																														
	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間																								
		⑱		令和 年 月 日																													

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日	
申請者 住所	代理人 住所	⑰	⑱
(被保険者) 氏名	氏名		

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規定(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむをえない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし、当該患者から押印を受けてください。

[illegible]

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 国保連が付番した機関コード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、施術管理者氏名を記入してください。
- ⑦～⑨ 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。
- ⑩～⑫ 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	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	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		⑧高外一	⑧	9	10
⑨	82	一般6歳未満	国保小学校未就学	①社・国	④六外	⑧	9	10

再掲

⑩	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。
⑪	85	ひとり親助成事業	ひとり親家庭等医療費助成事業	
⑫	80	障害者助成事業	障害者医療費助成事業	

令和 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

⑤

	診療科
マッサージ	04
鍼灸	05

機関コード番号

②

施術所の所在地
及び名称

⑥

下記のとおり請求する。

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	七〇歳以上	請求	7割	12	⑦		
			※決定	7割	12			
	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			
			※決定	7割	16			
		被扶養者	請求	7割	18			
			※決定	7割	18			
	六歳未満	請求	8割	88				
		※決定	8割	88				

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
	乳幼児	81	⑩			
	一人親	85	⑪			
	障 害	80	⑫			

※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。

鍼灸
マッサージ

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3月施術分の申請書を含める。)
- ② 国保連が付番した機関コード番号を記入してください。(例:037.123.4)
- ③ 請求書を提出した提出年月日を記入してください。
- ④ 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。
- 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。
- ⑥～⑦ 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。
 なお、⑦については8割と9割の金額を合算したものを記載ください

	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		
⑥	76	後期高齢者医療7割	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
⑦	78	後期高齢者医療8割	後期高齢者医療制度被保険者 8 割	③後期	⑧高外一	⑧	9	10
		後期高齢者医療9割	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

- ⑧ 重度障害者医療助成がある場合、上記の区分に計上したうえで、さらにこの欄に件数・費用額を再掲してください。

令和 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

広域連合 39 1 4 0 0 0 9 殿

下記のとおり請求する。

令和 ④ 年 月 日

②	
診療科	
マッサージ	04
鍼灸	05

機関コード番号

③

施術所の所在地
及 び 名 称

⑤

施術管理者氏名

後期高齢者医療

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

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	⑧			

※増減	91	
-----	----	--

※返戻	92	
-----	----	--

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。

鍼灸
マッサージ

7. 鍼灸・マッサージ施術療養費受領書（総括表）の記載方法および編綴方法

令和 ① 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)				
機関コード番号			※ 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:037123.4)

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、同意書等の添付書類がある場合、各々の申請書の次(続紙)になるように綴じます。

(添付書類だけをひとまとめにされている場合、各々の申請書に綴じ直す必要があるため、原則返戻となります。)

・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。

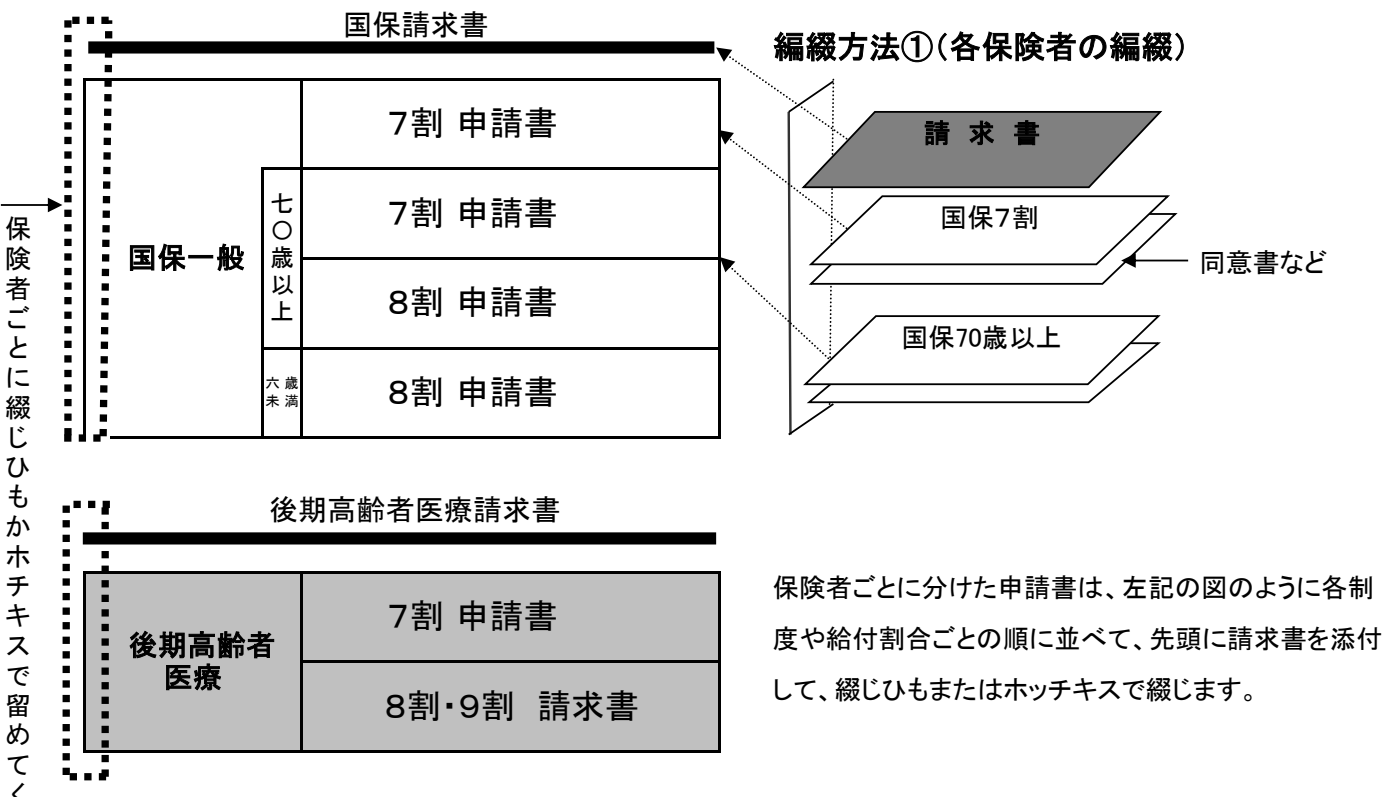
・綴じ方は、少量の場合はホッチキスで、量の多い場合は紐を使って左上部を綴じます。

・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あけてください。

・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。

※それぞれ鍼灸とマッサージでそれぞれ綴じていただきますようお願いいたします。混在している場合、返戻となります。

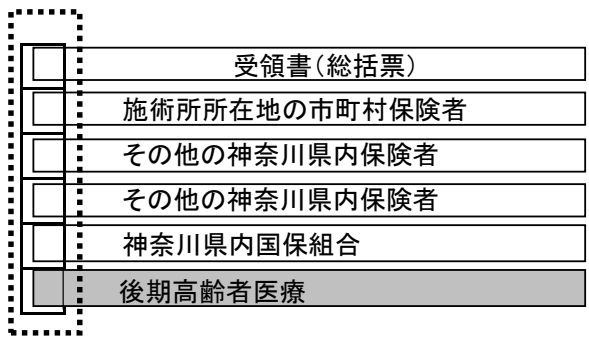
受領書・請求書及び申請書の編綴方法



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)を添付し、綴じひもやホチキスで綴じます。最後に、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。

障害者医療費助成(医保用)
ひとり親医療費助成(医保用)

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、
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。
- ・ 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・川崎等の市別に関係なく、1枚の請求書で記載できます。
- ・ 記載方法は下記をご参照のうえ記載してください。

- 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 国保連で付番した機関コード番号を記載してください。
- ④ 医療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。

政令市については代表公費番号にまとめて記載できます。

代表公費番号

- ・ 横浜市 障「80144009」・乳「81144008」・親「85144004」
- ・ 川崎市 障「80145006」・乳「81145005」・親「85145001」
- ・ 相模原市 障「80140106」・乳「81140105」・親「85140101」

- 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。
- ⑦ 一部負担金欄について

※ 横浜市・川崎市・相模原市・茅ヶ崎市の 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、各市町村に直接ご請求ください。

令和^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

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												
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 9	
	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	⑩
	家族・入院外	1 6	⑨			
	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。