

鍼灸・マッサージ療養費の請求における 神奈川県医療費助成制度について

小児医療費助成制度(公費81)

重度障害者医療費助成制度(公費80)

ひとり親家庭等医療費助成制度(公費85)

令和 8年 7 月

神奈川県国民健康保険団体連合会

○神奈川県国保連合会への請求における医療費助成制度について

国保連合会では、神奈川県内の市町村が独自で実施している一部の地方単独事業公費（以下「地単公費」という。）については、国民健康保険および後期高齢者医療保険と併用して請求できます。

なお、神奈川県以外の地単公費等、併用できない場合がありますのでご注意願います。

【併用できる公費】

- ・小児医療費助成制度（公費81）
- ・重度障害者医療費助成制度（公費80）
- ・ひとり親家庭等医療費助成制度（公費85）

※上記以外の公費等は併用できません。

【併用できない公費】

- ・原爆医療（公費19）や特定医療（公費54）など国や県が発行している公費
- ・神奈川県内の市町村以外が発行している地単公費

※公費負担者番号は「8114****」のように3、4桁目が県番号となっております。

神奈川の県番号は「14」となりますので、「8113****」など、「14」以外の場合は、神奈川県内の市町村以外が発行している地単公費となります。

例) 保険者 : 横浜市
公費発行実施者 : 千代田区

【神奈川県内の地単公費でも併用できないケース】

施術所の所在地が神奈川県以外の場合は、併用できません。

例) 施術所の所在地 : 東京都
保険者 : 横浜市
公費発行実施者 : 横浜市

※上記の場合は、国保または後期単独でご請求ください。

○医療費助成制度における一部負担金について

医療費助成制度には一部負担金が発生する公費がありますのでご注意ください。

なお、一部負担金の発生有無については、受給者証等をご確認ください。

（令和8年7月1日現在）

【小児医療】

川崎市

（令和8年8月施術月まで）条件により1回500円までの一部負担金が発生する

（令和8年9月施術月から）一部負担金は発生しない

相模原市

条件により1回500円までの一部負担金が発生する

【障害者医療】

座間市

条件により合計金額の1割の負担金が発生する

○医療費助成制度における請求書の記載方法について

医療費助成を併用して請求する場合も、請求書への記載が必要となります。

なお、記載箇所については、請求区分（国保一般（12区分））等と併せて、請求書下部にある、再掲欄に件数の記載をお願いいたします。

※請求区分と再掲欄の2箇所に記載します。

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ）

公費併用時の留意事項

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 4 六外 6 家外 0 高外7										給付割合																													
公費受給者番号																				2 公費										9 10																													
区市町村																				種類 04 マ																																							
受給者										保険者番号																																																	
被保険者欄										〇傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																																	
の氏名										男・女																																																	
明・大・昭・平・令 年 月 日生																																																											
初療年月日										施術																																																	
() 年 月 日										自・令和 年 月 日～																																																	
傷病名及び症状																																																											
マッサージ（施術料）										同意部位										(軀幹)																																							
施術回数										回										回										回										回										回									
通所										円×										回＝										円																													
訪問施術料 1										円×										回＝										円																													
訪問施術料 2										円×										回＝										円																													
訪問施術料 3（3人～9人）										円																																																	
通所（無償）										円																																																	
訪問（無償）										円																																																	
同意部位										(右)																																																	
回数										円																																																	
円																																																											
円×										円																																																	
円×										円																																																	
円×										円																																																	
明細										加算										円×										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1①										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																																							
通所〇										訪問2②																																																	
往療◎										訪問3③																																																	
〇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. 認知症や寝覚、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. 出張専門施術者住所地																													
令和 年 月 日										施術所										所在地																																							
登録記号番号																				名称																																							
										施術管理者										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										申請者										住所																																							
										殿										(被保険者)										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 金庫 農協																			
										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																																							
										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																													
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																													