

柔道整復施術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5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
- ・神奈川県内の保険者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、神奈川県内の保険者以外が発行している地単公費となります。

【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

公費発行保険者 : 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。

(令和5年7月1日現在)

【小児医療】

横浜市

(令和5年7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5年8月施術月から)一部負担金は発生しない

川崎市

条件により1回500円までの一部負担金が発生する

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

茅ヶ崎市

(令和5年6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5年7月施術月から)一部負担金は発生しない

【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

※一部負担金の有無については、医療証をご確認ください。

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

都道府県番
番 号
保 険 者
記号・番号

公費併用時の留意事項

公費負担者番号 ①	8	1	1	4	*	*	*	*	公費負担医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*	*	保 険 種 別	1.協	2.組	3.共	単 併 区 分	1.単 独	2.2 併	本 家 区 分	2.本 人	4.六 歳	8.高 一	給 付 割 合	10・9
公費負担者番号 ②								公費負担医療の受 給者番号②								4.国	5.退	6.後 期	3.3 併	3.3 併	6.家 族	0.高 7		8・7					

「公費負担者番号」欄は、「8114」、「8014」、「8514」から始まる公費番号は併用できません。

「単併区分」欄は、「2.2併」を○で囲んでください。

「給付割合」欄は、自己負担が発生しない方でも、患者の給付割合を○で囲んでください。
例) 国保一般7割
窓口で支払った額が「0円」でも、「7」を○で囲んでください。

「一部負担金」欄は、患者が支払った額(1円単位)を記載してください。
※窓口では10円未満を四捨五入ですが、支給申請書には1円単位で記載となります
※公費併用の方で、自己負担が発生しない場合は、「0」円と記載願います。

「請求金額」欄は、合計から一部負担金を差し引いた金額を記載してください。

被保険者氏名	住所	年齢	性別	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	運 帰																								
(1)																															
(2)																															
(3)																															
(4)																															
(5)																															
経 過																															
施術日	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
初検料	円	初検時相談 支援料	円	往療料	km	金属副子等 加算	円	回数	円	施術情報 提供料	円	明細書発行 体制加算	円	計	円																
加算(休日・深夜)	円												計	円																	
部位	通減 %	通月														計	円	多部位	計	円	長期	計	円								
(1)	100															計	円		計	円		計	円								
(2)	100															計	円		計	円		計	円								
(3)	60															計	円	0.6	計	円		計	円								
(4)	100															計	円		計	円		計	円								
摘 要											合 計											円									
											一部負担金											円									
											請求金額											円									
金属副子等 加算日	1回目	2回目	3回目														円														
明細書発行体制加算	加算日															円															
支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払	預金の種類 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															
上記のとおり施術したことを証明します。											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。																				
施 術 証 明 欄	令和 年 月 日	所在地〒	施術所 名称	電話	柔道 整復師 氏 名												受取代理人への委任の欄	令和 年 月 日	住 所(上記住所欄と同じ)	被保険者 [世帯主 組合員 受給者] 氏 名											
											この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ぼ印してください。																				