

平成31年2月27日

はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の皆様へ

神奈川県国民健康保険団体連合会

あはき療養費助成事業（80・81・85）の神奈川県下全市町村の取扱い開始について

本会での審査支払業務につきましては、平素よりご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の請求において、施術の際に被保険者が支払う一部負担金については、各市町村の発行する医療費助成事業 {障害者医療費助成（80）、小児医療費助成（81）、ひとり親家庭等医療費助成（85）} の医療証をお持ちの場合、償還払いの他に、施術所（者）が、被保険者に代わり各市町村へ直接請求し、各市町村より施術所（者）へ直接支払いが行われているところです。

今般、上記助成事業において、各市町村に代わり本会へ請求（公費負担者番号等を記載）いただくことにより、施術所（者）へ当該助成事業分（一部負担金相当額）の支払いをする体制が整いましたため、ご連絡するとともに今後の請求方法について下記のとおりお示しします。

なお、既に取扱いを行っている横浜市、川崎市の上記助成事業の請求方法に変更はありません。

- 取扱い開始施術月：平成31年3月施術以降分より
 - ・平成31年2月施術以前分は、従来どおり市町村へ直接ご請求ください
 - ・本会へ請求した助成事業分は、市町村へ請求を行わないでください
 - ・平成31年4月施術以降分は、受領委任の届出を行っている施術所(者)のみの取扱いとします
- 取扱い対象市町村：神奈川県下全市町村の医療費助成事業（80・81・85）
- 請求方法：裏面のとおり（一部抜粋）

本会より当該助成事業分の支払いが可能なのは、神奈川県を拠点としている施術所（者）のみとなり、神奈川県外を拠点としている施術所（者）は、従来どおりとなります。不明な点は下記担当まで問い合わせください。

以上

担当 あはき療養費について 審査第四課療養費係 045-329-3433 医療費助成事業について 福祉事業課福祉事業係 045-329-3472
--

医療費助成事業の請求方法（障害者助成の場合）

【申請書への記載方法】

①

公費負担者番号	8	0	1	4	x	x	x	x
公費受給者番号	x	x	x	x	x	x	x	x
区市町村番号								

②

9	1 社国	3 後期	2 本外	8 高外1
マ	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7
			6 家外	

③

9	1 社国	3 後期	2 本外	8 高外1
マ	2 公費	4 退職	4 六外	0 高外7
			6 家外	

④

前回支給	年	月	分	
合	計			10,000 円
一部負担金(1割・2割・3割)				0 円
請求額				10,000 円
請求日				

前回支給	年	月	分	
合	計			10,000 円
一部負担金(1割・2割・3割)				1,000 円
請求額				9,000 円
請求日				

⑤

前回支給	年	月	分	
合	計			10,000 円
一部負担金(1割・2割・3割)				1,000 円
請求額				9,000 円
請求日				

① 【国保、退職、後期、助成分共通】

支給申請書に当該医療証記載の公費負担者番号、公費受給者番号を記載ください。

② 国保（組合含む）、社会保険の場合は1、後期高齢者の場合は3、退職者の場合は4を○で囲んでください。

③ 本人の場合は2、六歳未満の場合は4、家族の場合は6、70歳以上3割負担の方は0、2割（1割）負担の方は8を○で囲んでください。

④ 【国保、退職、後期の場合】

一部負担金欄には0円と記載し請求額は10割分を記載するか、または、被保険者が負担するべき額を記載いただき、請求額は被保険者が負担するべき額を合計金額から差し引いた額で記載ください。

⑤ 【助成分の場合】

一部負担金欄には、被保険者が負担するべき額を記載いただき、請求額は被保険者が負担するべき額を合計金額から差し引いた額で記載ください。

【請求書への記載方法】

平成 年 月分国民健康保険鍼灸・マッサージ施術療養費請求書

⑥

区分	件数	施術末日数	施術に要した費用額	一部負担金	
請求	7割	12	1	x	XXXXXXXX

法別名	コード	件数	施術に要した費用額	一部負担金
再掲	乳幼児	81		
再掲	一人用	85		
再掲	障害	80	1	XXXXXXXX

⑥ 【国保、退職、後期の場合】

請求書には従来どおり件数を記載していただくのと併せて請求書下部の再掲欄に当該助成対象件数と費用額（10割分）の合計を記載ください。

平成 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

区分	件数	施術末日数	施術に要した費用額	備	
後期高齢者	請求	7割	76		
	7割	78	1	X	XXXXXXXX

法別名	コード	件数	施術に要した費用額	一部負担金	備
再掲	障害	80	1	XXXXX	

平成 年 月分

⑦ 障害者医療費助成事業（医保用）請求書

3	医	1	調	計	8
					柔9

⑦ 【助成分の場合】

柔9を○で囲んでください。

⑧

助成費用 請求書印付番号 (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	標準負担額
8014	x	x	x	x	1	XXXXXX	
8014							
合計							
※ 決定							

⑧ 医療証に書かれた公費負担者番号を記載

ください。

⑨

件数	種別	入外区分	件数	種別	入外区分	件数
再掲	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	1	高齢者・入院外8割	1
再掲	家族・入院外	1	6			
	就学前・入院外・8割	1	4			

⑨ 本人、家族、就学前、高齢者7割、8割に件数を記載ください。

なお、高齢者7割、8割は70歳～74歳の方が該当します。