

柔道整復施術療養費支給申請書等記載要領

群馬県国民健康保険団体連合会

目 次

1. 柔道整復療養費の申請について…………… 1 ページ
2. 柔道整復療養費の提出について…………… 1 ページ
3. 柔道整復療養費支給申請総括表記載要領…………… 2 ページ
4. 国民健康保険柔道整復療養費請求書記載要領…………… 3 ページ
5. 柔道整復療養費支給申請書記載要領…………… 5 ページ
6. 柔道整復施術療養費の編綴方法…………… 6 ページ
7. 被保険者資格証明書の明細書
 (特別療養費)の提出方法について…………… 7 ページ
8. 申請書の取り下げ方法について…………… 8 ページ

1 柔道整復療養費の申請について

群馬県国民健康保険団体連合会で支払い可能な申請書は下記のとおりです。

- (1) 市町村国民健康保険
群馬県内の35市町村が実施する国民健康保険の一般被保険者及び退職被保険者
- (2) 国民健康保険組合
群馬県内の2つの国民健康保険組合の被保険者

保険者番号 103010 群馬県医師国民健康保険組合
保険者番号 103028 群馬県歯科医師国民健康保険組合
- (3) 後期高齢者医療制度
群馬県内の75歳以上（一定の障害がある65歳以上の方を含む）を対象とする後期高齢者医療制度の被保険者
 - ・ 市町村医療助成（公費分）
群馬県内の35市町村が実施する医療助成事業（子ども・重度心身障害等）については従来どおりの請求方法をお願いします。
 - ・ その他の国や県が実施している公費分（原爆医療等）につきましては、国保連合会では取り扱っておりませんので、群馬県へお問い合わせください。

2 柔道整復療養費の提出について

- (1) 提出日
 - ・ 毎月10日までに提出してください。
- (2) 提出方法
 - ・ 直接（窓口）受付
受付時間は平日（土曜日を除く）8：30から17：15です。
 - ・ 郵送受付（宅急便等でも可）
10日を過ぎて到着した申請書は、翌月の受付分とさせていただきます。
紛失防止のため、追跡のできる方法で郵送等をお願いします。
- (3) 再提出の申請書
 - ・ 返戻となった申請書は次回以降の請求分（申請書）と合わせてご提出ください。
 - ・ 以下の順で編綴してください。
 - ① 総括票
 - ② 請求書
 - ③ 返戻分申請書
 - ④ 当月分申請書

3 柔道整復施術療養費支給申請総括表記載要領

- ① 施術年月を記載してください
- ② 提出した年月日を記入してください。
- ③ 群馬県柔道整復師会に加入の施術所の場合、本会が付番した6桁の施術機関コードを記入してください。
- ④ 群馬県柔道整復師会の会員以外の団体や個人の施術所の場合、契から始まる9桁の登録記号番号を記入してください。
- ⑤ 国保健康保険分の保険者数、申請書の件数、施術に要した費用額の総計を記入してください。
- ⑥ 後期高齢医療分の申請書の件数、施術に要した費用額の総計を記入してください。
- ⑦ ⑤と⑥の合計を記入してください。

※ 施術所ごとに作成してください

<h2 style="margin: 0;">令和 ①年 月 柔道整復施術療養費総括表</h2>				
令和 ②年 月 日				
柔道整復師コード番号	③	施 術 所 名		
登 録 記 号 番 号	④			

区 分	保 険 者 数	申 請 書 件 数	費 用 額	備 考
1.国民健康保険	⑤			
2. 後期高齢医療	/	⑥		
計	⑦			

※ 受 付 印

注 (1) この総括表は、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) ※印の欄は記入しないでください。

4 国民健康保険柔道整復療養費請求書記載要領

- ① 施術年月を記入してください。当該月以外の施術月が入っていても結構です。
(例 8月施術分の請求書に、以前返戻となった申請書を含める。)
- ② 保険者名を記入してください。後期高齢者医療は広域連合と記入してください。
- ③ 施術所の所在地及び名称、施術者氏名を記入してください。
- ④ 請求書を提出した年月日を記入してください。
- ⑤ 6桁の保険者番号を記入してください。後期高齢者医療は左詰で**3910**と記入してください。
- ⑥ 群馬県柔道整復師会に加入の施術所の場合、本会が付番した6桁の施術所コードを記入してください。
- ⑦ 群馬県柔道整復師会の会員以外の団体や個人施術所の場合、9桁の登録記号番号を記入してください。
- ⑧～⑯ 下記の請求区分に従い、申請書の件数、施術日数、費用額、請求額の合計を記入してください。

	請求書区分	適 用	請求書の各区分に集計する申請書			
			保険区分	単短区分	本家区分	給付割合
⑧	①70歳以上一低	一般70歳以上で低所得者8割受給者	4	1	8	8
⑨	②70歳以上7割	一般70歳以上で7割受給者	4	1	0	7
⑩	③被保険者7割	一般保険者(本人・家族)	4	1	2・6	7
⑪	⑤6歳	一般保険者で小学校未就学児	4	1	4	8
⑫	⑥退職本人7割	退職被保険者本人	5	1	2	7
⑬	⑦退職家族7割	退職被保険者家族	5	1	6	7
⑭	⑩6歳	退職被保険者で小学校未就学児	5	1	4	8
⑮	㉓後期 一般・低所得	後期高齢者医療制度被保険者で8・9割	6	1	8	8・9
⑯	㉔後期7割	後期高齢者医療制度被保険者で7割	6	1	0	7

令和 ① 年 月分 柔道整復施術療養費請求書（総括表）

保険者名

② 様

柔道整復師
所在地及び名称
電話番号
氏名

③

下記のとおり請求致します。

保 険 者 番 号				施 術 機 関 コー ド 番 号 又 は 登 録 記 号 番 号				科 別
		⑤		県 番 号	10	国	⑥	5
				契 ⑦ - -				

令和 ④ 年 月 日

区 分		件 数	施 術 日 数	費 用 額	請 求 金 額
国 保 一 般	70歳以上一低	申請①	⑧		
		※決定			
	70歳以上7割	申請②	⑨		
		※決定			
	被保険者7割	申請③	⑩		
		※決定			
6 歳	申請⑤	⑪			
	※決定				
国 保 退 職	本 人	申請⑥	⑫		
		※決定			
	家 族	申請⑦	⑬		
		※決定			
	6 歳	申請⑩	⑭		
		※決定			
後 期	一 般 低 所 得	申請㉑	⑮		
		※決定			
	7 割	申請㉒	⑯		
		※決定			

注 ※欄は記入しないでください

5 柔道整復施術療養費支給申請書記載要領

- ① 施術を行った年月を記載してください。
- ② 群馬県柔道整復師会に加入の施術所の場合、本会が付番した6桁の施術機関コードを記入してください。
- ③ 下記の例に基づき該当箇所に丸印をしてください。
- ④ 群馬県柔道整復師会の会員以外の団体や個人の施術所の場合、契から始まる9桁の登録記号番号を記入してください。

国保一般

高齢受給者一般・低所得 8割	保険種別 ④国	1.協 5.退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 ⑧・7	10・9
高齢受給者 7割	保険種別 ④国	1.協 5.退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 ⑩高7	給付割合 8・⑦	10・9
一般被保険者 7割 ※本人…2.本人 家族…6.家族	保険種別 ④国	1.協 5.退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 ②本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 8・⑦	10・9
一般未就学者 8割	保険種別 ④国	1.協 5.退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 ④六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 ⑧・7	10・9

退職者

本人 7割	保険種別 4.国	1.協 ⑤退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 ②本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 8・⑦	10・9
家族 7割	保険種別 4.国	1.協 ⑤退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 ⑥家族	8.高一 0.高7	給付割合 8・⑦	10・9
退職者未就学者 8割	保険種別 4.国	1.協 ⑤退	2.組 6.後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 ④六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 ⑧・7	10・9

後期高齢者

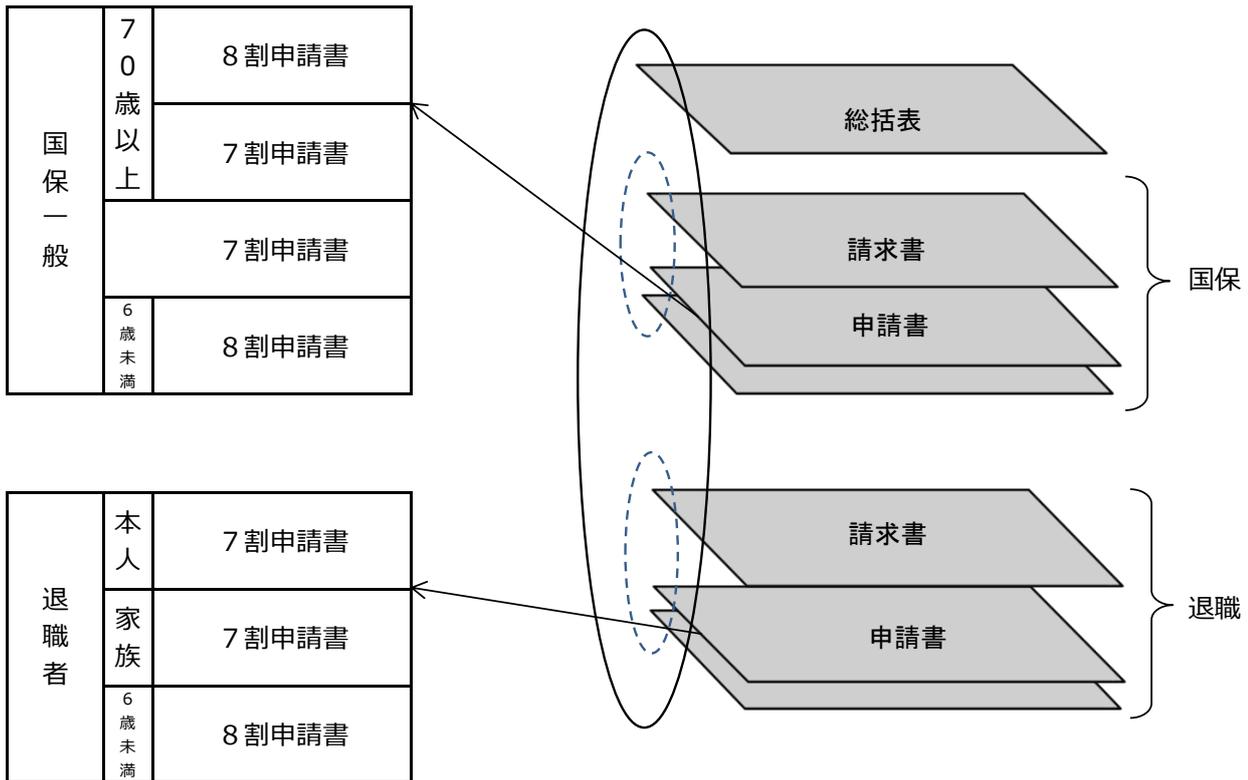
一般・低所得 9割	保険種別 4.国	1.協 5.退	2.組 ⑥後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 8・7	10・⑨
一般・低所得 8割	保険種別 4.国	1.協 5.退	2.組 ⑥後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合 ⑧・7	10・9
7割	保険種別 4.国	1.協 5.退	2.組 ⑥後期	3.共	単併区分 ①単独 2.2併 3.3併	本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 ⑩高7	給付割合 8・⑦	10・9

※ 上記以外にかかる欄の記載方法につきましては、厚生労働省の通知をご参照のうえ記載してください。

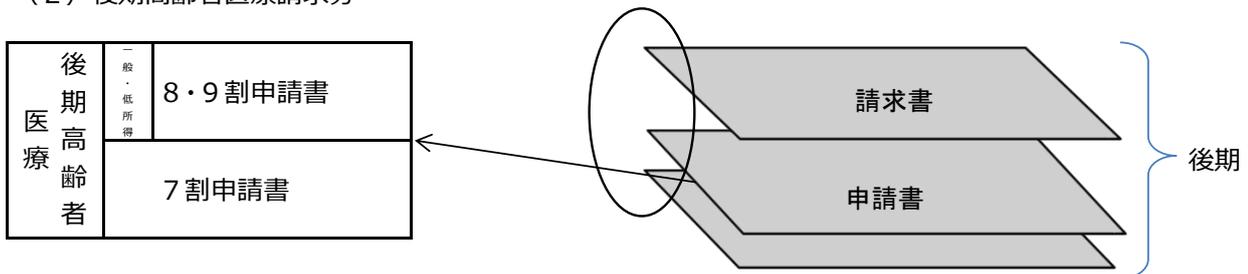
6 柔道整復施術療養費の編綴方法

- ・ 申請書は保険者ごとの区分順に並べ、先頭に請求書を添付して、ホッチキス等で綴じます。
- ・ 国保一般と退職者は、別の束にして綴じてください。
- ・ 月遅れ分や再請求分の申請書は、当月分に合算して、請求してください。
- ・ 保険者ごとの束となった請求書・申請書を保険者順に並べて、先頭に総括表を載せ、国保請求分をさらにひとまとめに綴じこみます。

(1) 国保請求分



(2) 後期高齢者医療請求分



8 申請書の取り下げ方法について

提出後の申請書の取り下げ依頼（返戻依頼）は所定の用紙により承ります。事故防止のため、電話等による口頭での取り下げは原則行いません。期限に間に合わない場合に限りです。

当該申請書を提出月中に取り下げを希望の場合は、概ね20日までにご依頼をいただければ、事務返戻扱いとして、支払前の返却が可能です。

それ以降の申出と、福祉分につきましては、直接保険者へ連絡してください。

なお、全件取り下げや、数十件単位の取り下げの場合は、別途ご連絡ください。

① 施術所番号

国・契どちらかに○をしてください。

群馬県柔道整骨師会に加入の施術所は国から始まる6桁の施術機関コードとなります。

その他の団体及び個人の施術所の場合は、契から始まる9桁の登録記号番号となります。

② 保険者番号

国保一般の場合6桁の保険者番号を左詰で記入してください。

退職者の場合6桁の保険者番号の頭に**67**を入れて8桁で記入してください。

後期高齢者医療の場合**3910**の4桁を左詰で記入してください。

申請書提出及び問い合わせ先

〒371-0846

群馬県前橋市元総社町335-8

群馬県国民健康保険団体連合会

審査第二課調剤療養費係

027-290-1338（内線2131）

※郵送の宛名は、「群馬県国保連合会 審査第二課調剤療養費係」としてください。