

令和7年4月版

**長野県内市町村における  
福祉医療費給付事業  
現物給付方式の手引き  
(柔道整復師用)**

令和7年2月

長野県健康福祉部健康福祉政策課

# 目 次

## 第 1 章 長野県内市町村における福祉医療費給付事業について

- 1 事業の概要 . . . . . 2
- 2 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の取扱い  
. . . . . 3

## 第 2 章 受給者証について

- 1 受給者証の様式 . . . . . 4
- 2 公費負担者番号の構成 . . . . . 5
- 3 「自己負担金」欄の表示 . . . . . 5

## 第 3 章 施術所における取扱いについて

- 1 受領委任払い契約の締結 . . . . . 6
- 2 現物給付の条件 . . . . . 6
- 3 自己負担金の徴収 . . . . . 6

## 第 4 章 福祉医療費の請求・支払について

- 1 福祉医療費の請求先 . . . . . 8
- 2 提出書類 . . . . . 8
- 3 提出書類の編綴方法 . . . . . 9
- 4 請求・支払の流れ . . . . . 10
- 5 施術所への事務手数料 . . . . . 11

## 第 5 章 支給申請書の記載について

- 1 支給申請書作成にあたっての留意点 . . . . . 12
- 2 支給申請書の記載事例 . . . . . 13

## 資料編

- 国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票（公費請求分） . . 21
- 社保分こども柔整請求書 . . . . . 22

|                |     |
|----------------|-----|
| 柔道整復施術療養費支給申請書 | 2 3 |
| 市町村別公費負担者番号一覧  | 2 4 |
| 現物給付方式導入状況     | 2 6 |
| お問合せ先          | 2 8 |

# 第 1 章 長野県内市町村における福祉医療費給付事業（現物給付方式）について

長野県内の市町村では、乳幼児等、障がい者、母子家庭の母子等及び父子家庭の父子の福祉の増進を図るため、保険診療等に係る医療費に対する助成制度（福祉医療費給付事業、以下、「福祉医療」という。）を設けています。

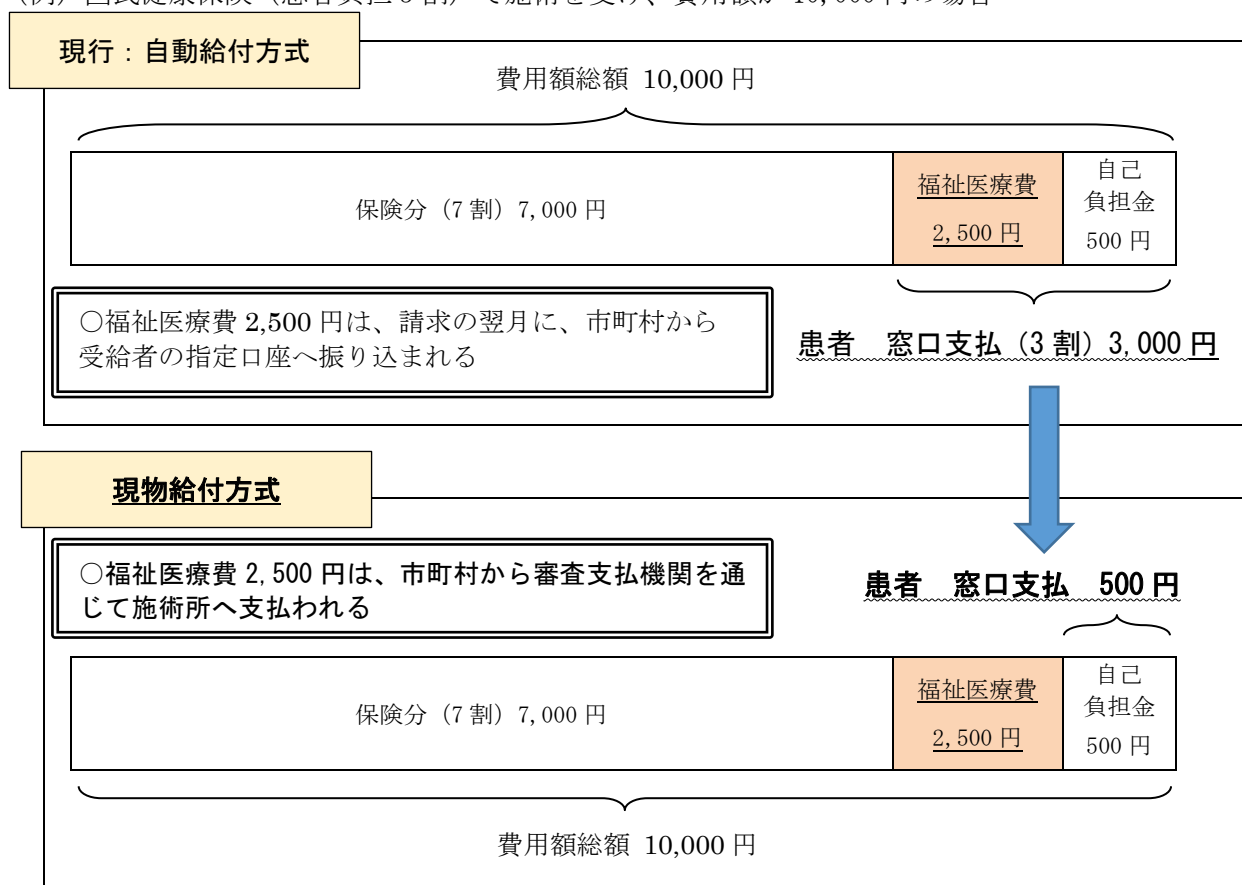
その助成方法は、令和 3 年 7 月施術分までは自動給付方式のみですが、令和 3 年 8 月施術分から、「福祉医療」の受給対象者のうち、市町村が定める者を対象に現物給付方式を導入（※）することとなりました。

現物給付方式の導入に伴い、施術所の皆様には、保険施術の一部負担金額のうち市町村ごとに定める「福祉医療」の自己負担金について受給者から支払いを受け、差額について市町村から医療費等助成額相当額を福祉医療費として支払いを受けることとなります。

本手引きは、現物給付方式の概要を説明するものです。施術所においては、この手引きをご活用ください。

（※）「福祉医療」の受給対象者のうち、現物給付の対象でない者は、引き続き自動給付方式となります。

（例）国民健康保険（患者負担 3 割）で施術を受け、費用額が 10,000 円の場合



## 1 事業の概要

### (1) 事業の実施主体

長野県内の市町村

### (2) 現物給付方式の概要

受給者は、施術所で被保険者であることを示す証明書とともに福祉医療費受給者証（以下、「受給者証」という。）を提示することにより、受給者証に記載された自己負担金を支払うこと（または無料）で施術を受けることができます。

### (3) 現物給付開始年月

令和3年8月施術分から

### (4) 現物給付の対象者

市町村が定める者（P26～28をご参照ください。）

### (5) 現物給付の対象経費

保険施術の一部負担金額から以下を除いた金額

【一部負担金額から除くもの】

- ① 市町村が定める福祉医療の自己負担金
- ② 独立行政法人日本スポーツ振興センター法に基づく災害共済給付（スポーツ共済）等、法令に基づく給付

### (6) 自己負担金

市町村ごと自己負担金が異なりますので、提示される受給者証をご確認ください。（市町村ごとの設定状況はP26～28をご参照ください。）

### (7) 現物給付の取扱いとならないもの

次の場合には現物給付の取扱いとなりませんので通常の保険施術等の取扱いとしてください。

- ① 施術所で受給者証の提示がない場合  
（受給者から市町村窓口へ給付を申請する「償還払い」となります。）
- ② 長野県外の施術所や、県内のあんま・鍼灸マッサージ等施術の場合  
（受給者から市町村窓口へ支給を申請する「償還払い」となります。）
- ③ 健康保険が適用されない場合
- ④ 交通事故等第三者行為による施術の場合
- ⑤ 学校や保育所での負傷で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合

## 2 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の取扱い

「福祉医療」の受給者が、学校管理下での負傷により施術を受けた場合には、次の点に留意してください。

- (1) 学校管理下での負傷で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる費用については、原則として「福祉医療」の助成対象となりません。
- (2) 保護者から学校管理下での負傷であるとの申し出があった場合は、「福祉医療」を使わずに、保険施術の一部負担金である3割（未就学児は2割）相当額を受給者又は保護者に請求してください。

## 第2章 受給者証について

福祉医療費の現物給付を行うには、市町村が発行する受給者証が必要になります。施術所の窓口では、**施術の都度**、受給者証の提示を求め、内容を確認していただくようお願いいたします。

なお、市町村が行っている助成事業のため、居住市町村が変更となった場合には、福祉医療費を負担する市町村が変わります。そのため、**受給者の住所に変更がないかのご確認も併せてお願いいたします。**

居住市町村の変更（住所地特例該当の場合を除く）があった場合、変更前の市町村の受給者証は使用できず、受給者から**変更後の市町村**窓口へ支給を申請する「償還払い」の取扱いとなります。

施術所では、保険施術の一部負担金である3割（未就学児は2割）相当額を受給者又は保護者に請求してください。

### 1 受給者証の様式

市町村によって多少異なりますが、現物給付方式の受給者証は概ね次のとおりです。

|                                                                        |           |                                                                                                                 |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|---|-----------|---|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">現物の<br/>表記あり</div> |           | 現物                                                                                                              |  | 児 |   | 福祉医療費受給者証 |   |  |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">あじさい色<br/>↓<br/>(自動給付は<br/>若草色)</div> |  |
|                                                                        |           | 公費負担者番号                                                                                                         |  | 8 | 3 | 2         | 0 |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        |           | 受給者番号                                                                                                           |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 受<br>給                                                                 | 住所        |                                                                                                                 |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 氏名        |                                                                                                                 |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 生年月日      |                                                                                                                 |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 自<br>己<br>負<br>担<br>金                                                  | 入院        | 1レセプトにつき上限500円                                                                                                  |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 通院        | 1レセプトにつき上限500円                                                                                                  |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 保険調剤      | 1レセプトにつき上限500円                                                                                                  |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 訪問看護療養費   | 1レセプトにつき上限500円                                                                                                  |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 柔道整復施術療養費 | 1レセプトにつき上限500円                                                                                                  |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
|                                                                        | 入院時食事療養費  | 助成なし・助成あり・2分の1助成                                                                                                |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 摘<br>要                                                                 |           | ※鍼灸院は現物給付ではありません。<br>※障害者住所地特例対象者は「住所地特例該当」と明記する。<br>※福祉医療費給付対象が限定される受給者については、内容を記載する。<br>例) 自立支援医療（精神通院）の医療費助成 |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 有<br>効<br>期<br>間                                                       |           | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                                                                            |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 〇 〇 市町村長                                                               |           | 印                                                                                                               |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |
| 交 付 年 月 日                                                              |           | 年 月 日                                                                                                           |  |   |   |           |   |  |  |                                                                                           |  |

## 2 公費負担者番号の構成

公費負担者番号は、8桁の算用数字から構成されております。

(市町村ごとの番号一覧はP24、25をご参照ください。)

| 法別 |  | 都道府県 |   | 実施機関 |  |  | 検証 |
|----|--|------|---|------|--|--|----|
|    |  | 2    | 0 |      |  |  |    |

|         |                                              |
|---------|----------------------------------------------|
| 法 別 番 号 | 乳幼児等・・・「83」<br>ひとり親家庭等・・・「85」<br>障がい者・・・「87」 |
| 都道府県番号  | 長野県の番号は「20」になります。                            |
| 実施機関番号  | 市町村にそれぞれ3桁の番号が決められています。                      |
| 検 証 番 号 | 国で定めた計算式に基づいて算出される番号になります。                   |

## 3 「自己負担金」欄の表示

自己負担金の表示は、以下のようになっています。

|                  |                                    |                      |
|------------------|------------------------------------|----------------------|
| 入 院              | 「柔道整復施術療養費」欄と同じ                    |                      |
| 通 院              | 「柔道整復施術療養費」欄と同じ                    |                      |
| 保険調剤             | 「柔道整復施術療養費」欄と同じ                    |                      |
| 訪問看護<br>療 養 費    | 「柔道整復施術療養費」欄と同じ                    |                      |
| 柔道整復施<br>術 療 養 費 | 無料<br>1レセプトあたり300円<br>1レセプトあたり500円 | } いずれか1つが記載<br>されます  |
| 入院時食<br>事療養費     | 助成なし<br>助成あり<br>2分の1助成             | } いずれか1つが記載<br>されます。 |



## 第3章 施術所における取扱いについて

### 1 受領委任払い契約の締結

福祉医療費給付事業において現物給付の取扱いを行い、福祉医療費の請求を行うためには、事前に長野県と柔道整復師との間で、以下のとおり現物給付（受領委任払い）の取扱いに関する契約を締結する必要があります。

- ① 団体に加入している柔道整復師の方：加入されている団体と県で契約
- ② 団体に加入していない柔道整復師の方：各施術所と県で契約を締結

契約手続きについては、こちらにお問い合わせください。

【問合せ先】担当部署：長野県 健康福祉部 健康福祉政策課 企画調整係  
電 話：026-235-7097

### 2 現物給付の条件

「福祉医療」において現物給付ができるのは、以下の項目を全て満たす場合に限ります。

- ① 居住する市町村から受給者証が交付されていること
- ② 長野県内の施術所での施術
- ③ 施術所で、受給者証と被保険者であることを示す証明書を提示した場合
- ④ 柔道整復師による施術に係る療養費であること（はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師による施術は対象外）

### 3 自己負担金の徴収

施術所では、受給者証に記載されている自己負担金まで徴収し、保険施術の一部負担金額（2割または3割）と自己負担金（保険施術の一部負担金額が受給者証に記載された自己負担金に満たない場合は、一部負担金額）の差額を、長野県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に請求していただくことになります。

(徴収、請求額のイメージ)

| 費用額 3,000円      |                              |                            |
|-----------------|------------------------------|----------------------------|
| 保険負担額<br>2,100円 | 保険施術の一部負担金<br>900円           |                            |
|                 | 福祉医療費<br>(自己負担金との差額)<br>400円 | 自己負担金<br>(受給者証に記載)<br>500円 |
|                 | ↓<br>国保連合会に請求                | ↓<br>受給者から徴収               |

なお、同一月に2日以上の実術があった場合は、受給者証に記載された自己負担金に達するまで徴収してください。

(例) 未就学児 (2割負担)、「福祉医療」の自己負担金 500円

【通院1回目】

費用額

2,000円

|                                        |                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------|
| <div>保険負担額（8割）</div> <div>1,600円</div> | <div>自己負担金</div> <div>400円</div> |
|----------------------------------------|----------------------------------|

【通院2回目】

費用額

4,000円

|                                        |                                  |                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <div>保険負担額（8割）</div> <div>3,200円</div> | <div>福祉医療費</div> <div>700円</div> | <div>自己負担金</div> <div>100円</div> |
|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

通院2回目は自己負担金500円との差額の100円を徴収します。

## 第4章 福祉医療費の請求・支払について

### 1 福祉医療費の請求先

福祉医療費については、国保分、被用者保険分ともに、国保連合会へ請求します。（送付先の住所等はP28をご参照ください。）

### 2 提出書類

#### (1) 国保分の提出書類

保険請求事務を行う書類の原本に、福祉医療費用の書類を添付及び福祉医療費の情報を追記して提出します。

※ 保険者が長野県以外（保険者番号上2桁が「20」以外）の場合は、「(2)被用者保険分及び保険者が長野県以外の国保分の提出書類」により書類を提出してください。）

##### ① 福祉医療費用に添付する書類

国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票（公費請求分）

（P21 参照）

・実施主体である市町村ごとに、作成します。

##### ② 福祉医療費用に追記する書類

柔道整復施術療養費支給申請書（以下「支給申請書」という。）の原本

（P23 参照）

・保険給付分の請求のために作成した支給申請書の原本に以下の内容を追記してください。

ア 「公費負担者番号①」欄に公費負担者番号を、「公費負担医療の受給者番号①」欄に受給者番号を記載

イ 摘要欄に受給者負担金額を記載（例. 福祉医療受給者負担金 500 円）

#### (2) 被用者保険分及び保険者が長野県以外の国保分の提出書類

保険請求事務とは別に書類を作成し、提出します。

##### ① 社保分こども柔整請求書（P22 参照）

##### ② 柔道整復施術療養費支給申請書の写し（P23 参照）

・保険給付分の請求のために作成された支給申請書の写し（施術内容及び右下の「受取代理人の欄」の記入がされているもの）を作成し、以下の内容を追記してください。

ア 「公費負担者番号①」欄に公費負担者番号を、「公費負担医療の受給者番号①」欄に受給者番号を記載

イ 摘要欄に受給者負担金額を記載（例．受給者負担金 500 円）

・写しの右肩に写と記載してください。（黒字で可）

※ 被用者保険分の支給申請書の写しは、福祉医療費の支給申請を行うためのもので、被用者保険の支給申請は従来と同様に行う必要があります。

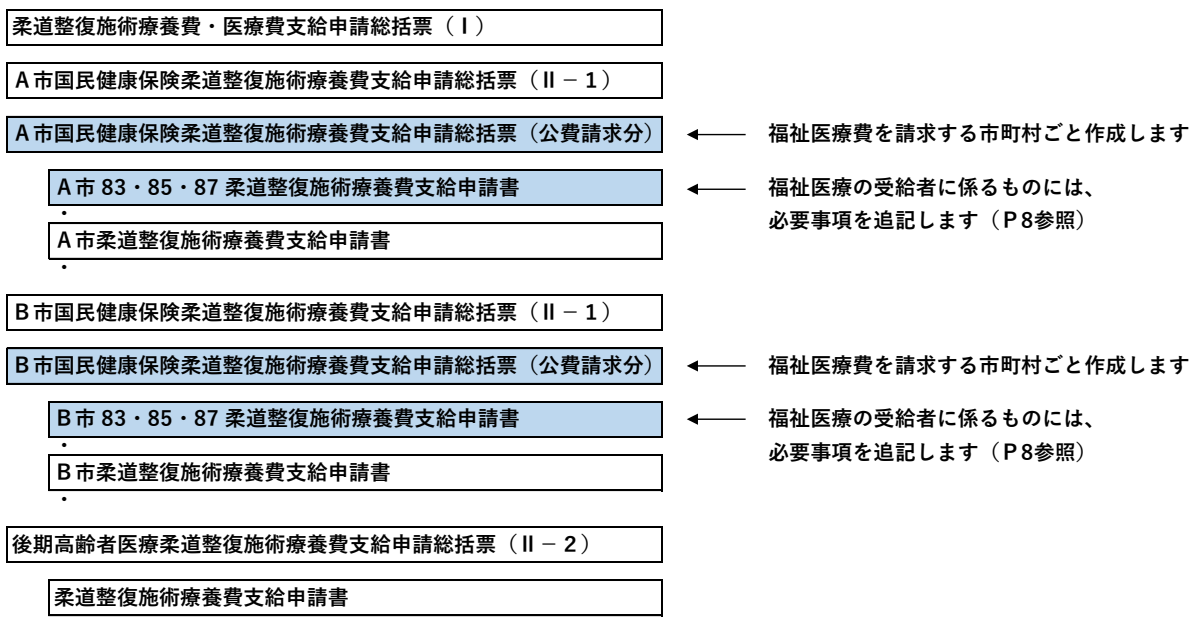
### 3 提出書類の編綴方法

※ 自動給付方式は従来どおりの請求方法です。

#### (1) 国保分の編綴方法

保険請求事務の書類に「国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票（公費請求分）」を添付します。

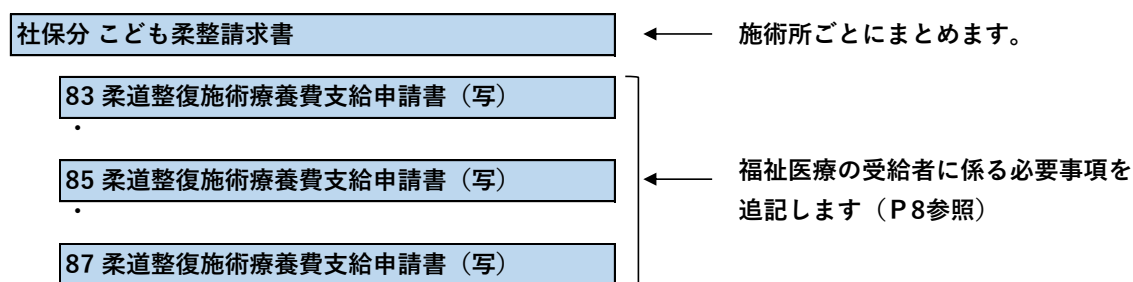
・保険者が長野県以外（保険者番号上 2 桁が「20」以外）の場合は、「(2) 被用者保険分及び保険者が長野県以外の国保分の編綴方法」により書類を編綴してください。）



#### (2) 被用者保険分及び保険者が長野県以外の国保分の編綴方法

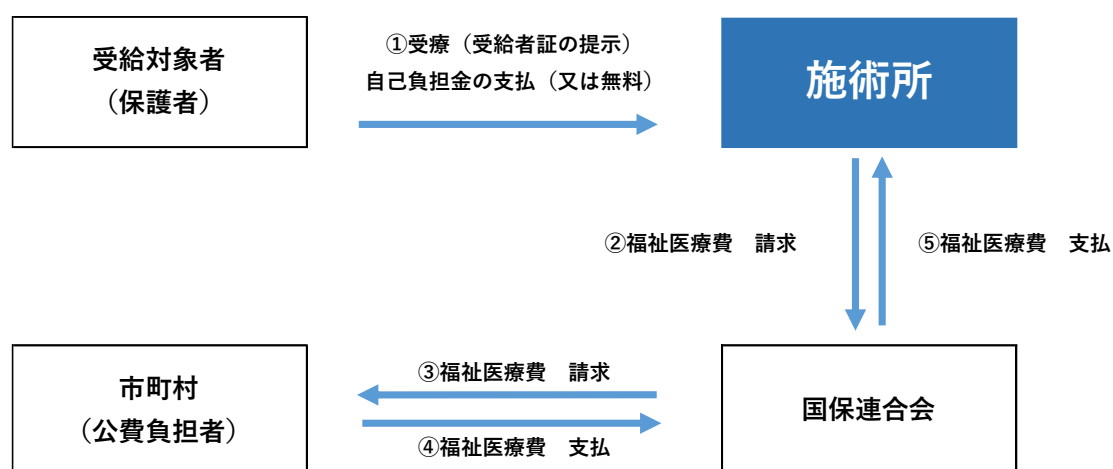
国保分とは別綴りとし、施術所ごとにひとまとめにします。

- ・申請書写しは、現物給付受給者証分の市町村番号順に編綴してください。
- ・月遅れ提出分は該当市町村内に当月分と一緒にして編綴してください。
- ・同一市町村内での申請書「写し」の並び順に指定はありません。



## 4 請求・支払の流れ

### 【現物給付方式】



- ① 受給対象者は、受給者証と被保険者であることを示す証明書を施術所に提示して受療します。
- ② 施術所は、福祉医療費を施術の翌月 10 日までに国保分・被用者保険分ともに国保連合会に請求します。  
(請求に必要な書類や編綴方法は P 8、9 を参照してください)
- ③ 国保連合会は内容を確認の上、福祉医療費を市町村に請求します。
- ④ 市町村は、国保連合会からの請求を受けて福祉医療費を支払います。
- ⑤ 国保連合会は、市町村からの支払を受けて施術所に請求の翌月に福祉医療費を支払います。  
なお、福祉医療費は柔整療養費と同一口座への振り込みとなりますのでご承知おきください。(異なる口座への振り込みはできません。)

## 5 施術所への事務手数料

市町村から支払われる施術所への事務手数料は、以下のとおり給付方式や加入保険区分により異なります。

事務手数料については、国保連に提出された支給申請書の件数を集計し、毎年度末までに1年分をまとめて国保連から支払われます。

| 加入保険区分 | 自動給付方式       | 現物給付方式       |
|--------|--------------|--------------|
| 国民健康保険 | 195 円／1 件あたり | なし           |
| 被用者保険  |              | 195 円／1 件あたり |

## 第5章 支給申請書の記載について

### 1 支給申請書作成にあたっての留意点

- (1) 国保分については、支給申請書原本に福祉医療費の情報を記載して請求します。  
被用者保険分及び保険者が長野県以外の国保分については、支給申請書写しに福祉医療費の情報を記載して請求します。写しの右肩に(写)と記載してください。(黒字で可)
- (2) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号①」欄に、受給者証に記載されている公費負担者番号及び受給者番号を記載します。
- (3) 保険施術の一部負担金額が「福祉医療」の自己負担金に満たない場合は、一部負担金額を摘要欄に1円単位で記載します。なお、医療保険の一部負担金額が「福祉医療」の自己負担金以上の場合は、摘要欄に受給者負担金額を記載します。(例. 受給者負担金 500 円)
- (4) 「福祉医療」の自己負担金が0円(無料)の場合は、摘要欄に「受給者負担金0円」と記載します。
- (5) 内容に不備がある場合には返戻となりますので、提出にあたっては記載漏れがないか確認をお願いします。

### 2 支給申請書の記載事例

- 事例1 一部負担金額が福祉医療の自己負担金額(500円)を超える場合(P13)
- 事例2 一部負担金額が福祉医療の自己負担金額(500円)未満の場合(P14)
- 事例3 一部負担金額が施術実日数2日以上で500円以上の場合(P15)
- 事例4 福祉医療費に係る自己負担金額が0円の場合(P16)
- 事例5 月の途中で他市町村へ転居し、保険者が変更となった場合(P17)
- 事例6 月の途中で他市町村へ転居し、保険者の変更なしの場合(P18)
- 事例7 月の途中で保険者が変更となった場合(P19)

※ 本事例では主に「福祉医療」の自己負担金が500円の場合について記載しており、自己負担金を300円や0円と設定している市町村については、自己負担金「500円」を、それぞれ「300円」又は「0円」と読み替えてください。

※ 市町村ごとの自己負担金については、P26～28及び受給者証をご確認ください。

【事例1】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
 (一部負担金額が福祉医療の自己負担金額(500円)を超える場合)

柔道整復施術療養費支給申請書  
 令和3年8月分

|                         |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
|-------------------------|---|---------------------|----|------------------------------|----|-----------|----|---------|---------------|-----|---|----------|---|---|---|---|------|-------|------|-----|---|------|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| 都道府県番号                  |   | 20                  |    | 施術機関コード                      |    | 99.9999.9 |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 保険者番号                   |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 記号・番号                   |   | 〇〇〇〇〇〇              |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 公費負担者番号①                | 8 | 3                   | 2  | 0                            | 〇  | 〇         | 〇  | 〇       | 公費負担医療の受給者番号① | 0   | 1 | 2        | 3 | 4 | 5 | 6 | 保険種別 | 1.協   | 2.組  | 3.共 | 自 | 単併区分 | 1.単独 | 2.併 | 3.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 |     |   |      | 2.併  | 3.併 |     | 4.六歳 | 6.家族 | 0.高7 |      | 8    | 7    |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者 |   | 氏名                  | 住所 |                              | 氏名 |           | 住所 |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 療養を受けた者の氏名              |   | 生年月日                |    | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 〇〇 〇〇〇                  |   | ①男 1 明 2 大 5 令      |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
|                         |   | 2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 負 傷 名                   |   | 負傷年月日               |    | 初検年月日                        |    | 施術開始年月日   |    | 施術終了年月日 |               | 実日数 |   | 転 帰      |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| (1)                     |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               | 1   |   | 治癒・中止・転医 |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| (2)                     |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   | 治癒・中止・転医 |   |   |   |   |      |       |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      |      |      |
| 摘 要                     |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      | 合 計   |      |     |   | 2    |      | 9   |     | 5    |      | 5    |      | 円    |      |
| 受給者負担金 500円             |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      | 一部負担金 |      |     |   |      |      | 5   |     | 9    |      | 1    |      | 円    |      |
|                         |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      | 請求金額  |      |     |   | 2    |      | 3   |     | 6    |      | 4    |      | 円    |      |
|                         |   |                     |    |                              |    |           |    |         |               |     |   |          |   |   |   |   |      | ※     |      |     |   |      |      |     |     |      |      |      |      | 円    |      |

自己負担金額を記載します。  
 1申請書あたり 500円

【施術料の請求(負担)金額】

○ 療養費

・ 医 保

2,364円

2,955円 × 0.8(給付割合8割)

・ 福 祉 医 療

91円

(乳幼児等:83) 2,955円 × 0.2(負担割合2割) — 500円(福祉医療の自己負担金額)

・ 受 給 者

500円



【事例2】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
 (一部負担金額が福祉医療の自己負担金額(500円)未満の場合)

柔道整復施術療養費支給申請書  
 令和3年8月分

|                         |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|---------------------------------------|--|---------|--|----|--|-----------|--|---------------|--|------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---------|--|---|--|------|--|-----|--|------|--|---------|--|-----|--|------|--|------|--|------|--|-----|--|------|--|------|--|------|--|------|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 都道府県番号                  |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 20                                    |  | 施術機関コード |  |    |  | 99.9999.9 |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号                   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号                   |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 〇〇〇〇〇〇                                |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担者番号①                |  | 8  |  | 3  |  | 2  |  | 0  |  | 〇                                     |  | 〇       |  | 〇  |  | 〇         |  | 公費負担医療の受給者番号① |  | 0                            |  | 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5       |  | 5 |  | 保険種別 |  | 1.協 |  | 2.組  |  | 3.共     |  | 自   |  | 単併区分 |  | 1.単独 |  | 2.併  |  | 3.併 |  | 本家区分 |  | 2.本人 |  | 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 |  |         |  | 2.併 |  | 4.六歳 |  | 6.家族 |  | 0.高7 |  | 8.7 |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者 |  | 氏名 |  | 住所 |  | 氏名 |  | 住所 |  | 〇〇                                    |  | 〇〇      |  | 住所 |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養を受けた者の氏名              |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 生年月日                                  |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 〇〇 〇〇〇                  |  |    |  |    |  |    |  |    |  | ①男 1 明 2 大 5 令<br>2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負 傷 名                   |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 負傷年月日                                 |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 初検年月日                        |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 施術開始年月日 |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 施術終了年月日 |  |     |  |      |  |      |  |      |  | 実日数 |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 転 帰      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (1)                     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  | 1   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (2)                     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 摘 要                     |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 合 計                                   |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 2                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 3       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 6       |  |     |  |      |  |      |  |      |  | 5   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 一部負担金                                 |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 4                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 7       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 3       |  |     |  |      |  |      |  |      |  | 円   |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 請求金額                                  |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 1                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 8       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 9       |  |     |  |      |  |      |  |      |  | 2   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |  |    |  |    |  |    |  |    |  | ※                                     |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |     |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

一部負担金額が500円未満となった場合は、  
 一部負担金額(一円単位)を記載します。

【施術料の請求(負担)金額】

○ 療養費

・ 医 保

:

1,892円

2,365円 × 0.8(給付割合8割)

・ 福 祉 医 療

:

0円

(乳幼児等:83) 2,365円 × 0.2(負担割合2割) — 473円(福祉医療の自己負担金額)

・ 受 給 者

:

473円

【事例3】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
 (施術実日数2日以上で、一部負担金額が福祉医療の自己負担金額(500円)以上の場合)

柔道整復施術療養費支給申請書  
 令和3年8月分

|            |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|---------------------------------------|--|---------|--|----|--|-----------|--|---------------|--|------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---------|--|---|--|------|--|-----|--|------|--|---------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|-----|--|------|--|------|--|------|--|------|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 都道府県番号     |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 20                                    |  | 施術機関コード |  |    |  | 99.9999.9 |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号      |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号      |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 〇〇〇〇〇〇                                |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担者番号①   |  | 8  |  | 3  |  | 2  |  | 0  |  | 〇                                     |  | 〇       |  | 〇  |  | 〇         |  | 公費負担医療の受給者番号① |  | 0                            |  | 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5       |  | 5 |  | 保険種別 |  | 1.協 |  | 2.組  |  | 3.共     |  | 自    |  | 単併区分 |  | 1.単独 |  | 2.併  |  | 3.併 |  | 本家区分 |  | 2.本人 |  | 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 |  |         |  | 2.単独 |  | 4.六歳 |  | 6.家族 |  | 0.高7 |  | 8.7 |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者       |  | 氏名 |  | 住所 |  | 氏名 |  | 住所 |  | 〇〇                                    |  | 〇〇      |  | 住所 |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養を受けた者の氏名 |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 生年月日                                  |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 〇〇 〇〇〇     |  |    |  |    |  |    |  |    |  | ①男 1 明 2 大 5 令<br>2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負 傷 名      |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 負傷年月日                                 |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 初検年月日                        |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 施術開始年月日 |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 施術終了年月日 |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 実日数 |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 転 帰      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (1)        |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 3   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (2)        |  |    |  |    |  |    |  |    |  |                                       |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 摘 要        |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 合 計                                   |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 3                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 5       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 0       |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 0   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 一部負担金                                 |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 7                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 0       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 0       |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円   |  |      |  |      |  |      |  |      |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |  |    |  |    |  |    |  |    |  | 請求金額                                  |  |         |  |    |  |           |  |               |  | 2                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  | 8       |  |   |  |      |  |     |  |      |  | 0       |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 0   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |  |    |  |    |  |    |  |    |  | ※                                     |  |         |  |    |  |           |  |               |  |                              |  |   |  |   |  |   |  |   |  |         |  |   |  |      |  |     |  |      |  |         |  |      |  |      |  |      |  |      |  |     |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 円        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【実日数3日:金額と自己負担金額の内訳】  
 ・1日目：1,000円  
     1,000円×0.2(負担割合2割)＝200円……自己負担金額200円  
 ・2日目：1,500円  
     1,500円×0.2(負担割合2割)＝300円……自己負担金額300円  
 ・3日目：1,000円  
     1,500円×0.2(負担割合2割)＝0円……自己負担金額0円

【施術料の請求(負担)金額】

○療養費

医 保

:

2,800円

3,500円×0.8(給付割合8割)

福祉医療

:

200円

(乳幼児等:83)

3,500円×0.2(負担割合2割)

＝

500円(福祉医療の自己負担金額)

受給者

:

500円

【事例4】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
 (福祉医療費の自己負担金額が0円の場合)

柔道整復施術療養費支給申請書  
 令和3年8月分

|                     |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---------------------|---|--------|---|---------|---|-----------|---|----|---------------|---------------------|---|---|---|---|-------|---|------|-----|------|------------------------------|---|------|------|-----|---------|------|------|------|------|-------|------|--|--|--|----------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 都道府県番号              |   | 20     |   | 施術機関コード |   | 99.9999.9 |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 保険者番号               |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 記号・番号               |   | 〇〇〇〇〇〇 |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 公費負担者番号①            | 8 | 3      | 2 | 0       | 〇 | 〇         | 〇 | 〇  | 公費負担医療の受給者番号① | 0                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5     | 5 | 保険種別 | 1.協 | 2.組  | 3.共                          | 自 | 単併区分 | 1.単独 | 2.併 | 3.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 |                              |   | 2.併  | 3.併  |     | 6.家族    | 0.高7 |      | 8    | 7    |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の受給者 |   | 氏名     |   | 住所      |   | 氏名        |   | 住所 |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 療養を受けた者の氏名          |   |        |   |         |   |           |   |    |               | 生年月日                |   |   |   |   |       |   |      |     |      | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 〇〇 〇〇〇              |   |        |   |         |   |           |   |    |               | ①男 1 明 2 大 5 令      |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|                     |   |        |   |         |   |           |   |    |               | 2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 負 傷 名               |   |        |   |         |   |           |   |    |               | 負傷年月日               |   |   |   |   | 初検年月日 |   |      |     |      | 施術開始年月日                      |   |      |      |     | 施術終了年月日 |      |      |      |      | 実日数   |      |  |  |  | 転 帰      |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| (1)                 |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      | 1     |      |  |  |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| (2)                 |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      |       |      |  |  |  | 治癒・中止・転医 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 摘 要<br>受給者負担金 0円    |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      | 合 計   |      |  |  |  | 2        |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |
|                     |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      | 一部負担金 |      |  |  |  |          |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |
|                     |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      | 請求金額  |      |  |  |  | 2        |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |
|                     |   |        |   |         |   |           |   |    |               |                     |   |   |   |   |       |   |      |     |      |                              |   |      |      |     |         |      |      |      |      | ※     |      |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |

「福祉医療」の自己負担金額が0円(無料)の場合は、「0」を記入します。

【施術料の請求(負担)金額】

- 療養費用
 
  - ・ 医 保 : 2,364円  
           2,955円 × 0.8 (給付割合8割)
  - ・ 福 祉 医 療 : 591円  
   (乳幼児等:83) 2,955円 × 0.2 (負担割合2割) — 0円 (福祉医療の自己負担金額)
  - ・ 受 給 者 : 0円
- 総医療費 : 2,955円

【事例5】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
(月の途中で他市町村へ転居し、保険者が変更となった場合)  
A市からB市へ転居(A市の自己負担金額は1レセプト500円、B市の自己負担金額は1レセプト300円の場合)

※月の途中で保険者が変更となった場合は、それぞれレセプトの作成が必要です

柔道整復施術療養費支給申請書  
令和3年8月分

|                 |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
|-----------------|--|----------|--|---------------|--|-----------|--|-------|--|------------|--|---------|--|-----------|--|---------|--|--------------|--|----------|--|----------|--|------|--|
| 都道府県番号          |  | 20       |  | 施術機関コード       |  | 99.9999.9 |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 保険者番号           |  |          |  |               |  | 200000    |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 記号・番号           |  | A・       |  | 000000        |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 公費負担者番号①        |  | 83200000 |  | 公費負担医療の受給者番号① |  | 0123455   |  | 保険種別  |  | 1.協2.組3.共自 |  | 単併区分    |  | 1.単2.併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     |  | 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    |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 8        |  | 7    |  |
| 被保険者世帯主・組合員の受給者 |  | 氏名住所     |  | 氏名住所          |  | 〇〇 〇〇     |  | 住所    |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 療養を受けた者の氏名      |  | 〇〇 〇〇〇   |  | ①男            |  | 1明2大5令    |  | 2女    |  | 3昭4平       |  | 25年     |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 負傷名             |  |          |  | 負傷年月日         |  |           |  | 初検年月日 |  |            |  | 施術開始年月日 |  |           |  | 施術終了年月日 |  |              |  | 実日数      |  | 1        |  | 転帰   |  |
| (1)             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 治癒・中止・転医 |  |      |  |
| (2)             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 治癒・中止・転医 |  |      |  |
| 摘要              |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 合 計             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 5        |  | 2        |  | 8    |  |
| 一部負担金           |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 1        |  | 5        |  | 8    |  |
| 請求金額            |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 3        |  | 6        |  | 9    |  |
| ※               |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |

転居前の申請書

【A市の受給資格】  
8月7日施術時に受給者の一部負担金額が500円を超えているため500円を窓口で徴収します。  
このため、摘要欄へ「受給者負担金500円」と記載します。

柔道整復施術療養費支給申請書  
令和3年8月分

|                 |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
|-----------------|--|----------|--|---------------|--|-----------|--|-------|--|------------|--|---------|--|-----------|--|---------|--|--------------|--|----------|--|----------|--|------|--|
| 都道府県番号          |  | 20       |  | 施術機関コード       |  | 99.9999.9 |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 保険者番号           |  |          |  |               |  | 20××××    |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 記号・番号           |  | B・       |  | 000000        |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 公費負担者番号①        |  | 8320×××× |  | 公費負担医療の受給者番号① |  | 0543215   |  | 保険種別  |  | 1.協2.組3.共自 |  | 単併区分    |  | 1.単2.併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     |  | 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    |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 8        |  | 7    |  |
| 被保険者世帯主・組合員の受給者 |  | 氏名住所     |  | 氏名住所          |  | 〇〇 〇〇     |  | 住所    |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 療養を受けた者の氏名      |  | 〇〇 〇〇〇   |  | ①男            |  | 1明2大5令    |  | 2女    |  | 3昭4平       |  | 25年     |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 負傷名             |  |          |  | 負傷年月日         |  |           |  | 初検年月日 |  |            |  | 施術開始年月日 |  |           |  | 施術終了年月日 |  |              |  | 実日数      |  | 1        |  | 転帰   |  |
| (1)             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 治癒・中止・転医 |  |      |  |
| (2)             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  | 治癒・中止・転医 |  |      |  |
| 摘要              |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |
| 合 計             |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 1        |  | 4        |  | 3    |  |
| 一部負担金           |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 4        |  | 2        |  | 9    |  |
| 請求金額            |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  | 1        |  | 0        |  | 0    |  |
| ※               |  |          |  |               |  |           |  |       |  |            |  |         |  |           |  |         |  |              |  |          |  |          |  |      |  |

転居後の申請書

【B市の受給資格】  
8月15日施術時に受給者の一部負担金額が300円を超えているため300円を窓口で徴収します。  
このため、摘要欄へ「受給者負担金300円」と記載します。

【請求例】A市およびB市の受給資格があり、それぞれに係る施術がある場合。

- A市(受給資格 8月10日まで)  
8月7日受診 5, 280円
- B市(受給資格 8月11日から)  
8月15日受診 1, 425円

【施術料の請求(負担)金額】

- 保険者変更前
  - ・ 医 保 : 3,696円 5,280×0.7(給付割合7割)
  - ・ 福祉医療 : 1,084円 5,280×0.3(負担割合3割)－ 500円(A市福祉医療の自己負担金額)
  - ・ 受 給 者 : 500円
- 保険者変更後
  - ・ 医 保 : 1,001円 1,430×0.7(給付割合7割)
  - ・ 福祉医療 : 129円 1,430×0.3(負担割合3割)－ 300円(B市福祉医療の自己負担金額)
  - ・ 受 給 者 : 300円



### 【事例6】

**医保と福祉医療(2市町村)の3者併用**

(月の途中で他市町村へ転居、保険者の変更なしの場合)

A市からB市へ転居（A市の自己負担金額は1レセプト500円、B市の自己負担金額は1レセプト300円の場合）

### 【 請求例 】

○ A市およびB市の受給資格があり、それぞれに係る施術がある場合。

○ A市(受給資格 ～8月10日まで)

**8月7日受診 合計 3,000円**

○ B市(受給資格 8月11日から)

**8月15日受診 合計 2,000円**

|                           |  |            |   |    |   |                |   |   |   |                              |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|---------------------------|--|------------|---|----|---|----------------|---|---|---|------------------------------|--|--------|---|---------|---|--------|---|---------|---------|-----|-----|------|-----------|----------|-------|------|-------|------|------|------|
| 柔道整復施術療養費支給申請書<br>令和3年8月分 |  |            |   |    |   |                |   |   |   |                              |  |        |   |         |   | 都道府県番号 |   | 20      | 施術機関コード |     |     |      | 99.9999.9 |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  |            |   |    |   |                |   |   |   |                              |  |        |   |         |   | 保険者番号  |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  |            |   |    |   |                |   |   |   | 記号・番号                        |  | 〇〇〇〇〇〇 |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
| 公費負担者番号①                  |  | 8          | 3 | 2  | 0 | 〇              | 〇 | 〇 | 〇 | 公費負担医療の受給者番号①                |  | 0      | 1 | 2       | 3 | 4      | 5 | 5       | 保険種別    | 1.協 | 2.組 | 3.共  | 自         | 単併区分     | 1. 単独 | 本家区分 | 2.本人  | 8.高一 | 給付割合 | 10・9 |
| 公費負担者番号②                  |  | 8          | 3 | 2  | 0 | ×              | × | × | × | 公費負担医療の受給者番号②                |  | 0      | 5 | 4       | 3 | 2      | 1 | 5       |         | 4.国 | 5.退 | 6.後期 |           |          | 2. 2併 |      | 3. 3併 |      |      | 4.六歳 |
| 被保険者世帯主・組合員の受給者           |  | 氏名         |   | 氏名 |   | 〇〇 〇〇          |   |   |   | 住所                           |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  | 療養を受けた者の氏名 |   |    |   | 生年月日           |   |   |   | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  | 〇〇 〇〇〇 ①男  |   |    |   | 1明 2大 5令       |   |   |   |                              |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  | 2女 ④平      |   |    |   | 3昭 4平 30年4月19日 |   |   |   |                              |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           |          |       |      |       |      |      |      |
|                           |  | 負傷名        |   |    |   | 負傷年月日          |   |   |   | 初検年月日                        |  |        |   | 施術開始年月日 |   |        |   | 施術終了年月日 |         |     |     | 実日数  |           | 転帰       |       |      |       |      |      |      |
| (1)                       |  |            |   |    |   |                |   |   |   |                              |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     | 2    |           | 治癒・中止・転医 |       |      |       |      |      |      |
| (2)                       |  |            |   |    |   |                |   |   |   |                              |  |        |   |         |   |        |   |         |         |     |     |      |           | 治癒・中止・転医 |       |      |       |      |      |      |

| 摘 要              |              | 合 計   |  |  | 5 | 0 | 0 | 0 | 円 |
|------------------|--------------|-------|--|--|---|---|---|---|---|
| ①実日数1日 合計 3,000円 | ①受給者負担金 500円 | 一部負担金 |  |  | 1 | 0 | 0 | 0 | 円 |
| ②実日数1日 合計 2,000円 | ②受給者負担金 300円 | 請求金額  |  |  | 4 | 0 | 0 | 0 | 円 |
|                  |              | ※     |  |  |   |   |   |   | 円 |

【A市の受給資格】

8月7日受診時に受給者の一部負担金額が500円を超えているため500円を窓口で徴収します。

摘要欄へA市の資格有効期間の施術料の合計金額

【B市の受給資格】

8月15日受診時に受給者の一部負担金額が300円を超えているため300円を窓口で徴収します。

摘要欄へB市の資格有効期間の施術料の合計金額と受給者負担金の300円を記載します。

**【施術料の請求(負担)金額】**

### ○療養費用

- ・ 医 保 : 4,000円  
5,000円×0.8(給付割合8割)

- 福祉医療： 100円  
(A市)  $3,000円 \times 0.2$  (負担割合2割) － 500円 (A市の福祉医療の自己負担金額)

- 福祉医療： 100円  
(B市)  $2,000円 \times 0.2$  (負担割合2割) - 300円 (B市の福祉医療の自己負担金額)

・ 受給者 : 800円



【事例7】

医保と福祉医療(乳幼児等)の2者併用  
(月の途中で保険者が変更となった場合)

【月の途中で被用者保険から国民健康保険へ保険変更】

- 被用者保険(受給資格 8月15日まで) 8月10日受診 合計金額 3,500円
- 国民健康保険(受給資格 8月16日から) 8月23日受診 合計金額 3,000円

【被用者保険の申請書(写)と国民健康保険の申請書をそれぞれ作成】

柔道整復施術療養費支給申請書  
令和3年8月分

|                         |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
|-------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---|---------|----|----------|---|
| 都道府県番号                  | 20       | 施術機関コード             | 99.9999.9 |       |   |         |    |          |   |
| 保険者番号                   |          | 0                   | 1         | 2     | 0 | 0       | 0  | 0        | 0 |
| 記号・番号                   |          | 000000              |           |       |   |         |    |          |   |
| 公費負担者番号①                | 8        | 3                   | 2         | 0     | 0 | 0       | 0  | 0        | 0 |
| 公費負担医療の受給者番号①           | 0        | 1                   | 2         | 3     | 4 | 5       | 5  |          |   |
| 公費負担者番号②                |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 公費負担医療の受給者番号②           |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者 | 氏名<br>住所 | 氏名<br>住所            | 〇〇 〇〇     |       |   |         | 住所 |          |   |
| 療養を受けた者の氏名              |          | 生年月日                |           | 負     |   |         |    |          |   |
| 〇〇 〇〇〇                  |          | ①男 1 明 2 大 5 令      |           |       |   |         |    |          |   |
|                         |          | 2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |           |       |   |         |    |          |   |
| 負 傷 名                   |          | 負傷年月日               |           | 初検年月日 |   | 施術開始年月日 |    | 施術終了年月日  |   |
| (1)                     |          |                     |           |       |   |         |    | 実日数      |   |
| (2)                     |          |                     |           |       |   |         |    | 転 帰      |   |
|                         |          |                     |           |       |   |         |    | 1        |   |
|                         |          |                     |           |       |   |         |    | 治癒・中止・転医 |   |
|                         |          |                     |           |       |   |         |    | 治癒・中止・転医 |   |
| 摘 要                     |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 受給者負担金 500円             |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 合 計                     |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 3 5 0 0 0 円             |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 一部負担金                   |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 7 0 0 0 円               |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 請求金額                    |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 2 8 0 0 0 円             |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| ※                       |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |
| 円                       |          |                     |           |       |   |         |    |          |   |

【被用者保険分申請書(写)を作成】

・8月10日受診の被用者保険分申請書を作成し、写しを国保連合会へ提出する。

柔道整復施術療養費支給申請書  
令和3年8月分

|                         |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
|-------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---|----|----|----------|---|
| 都道府県番号                  | 20       | 施術機関コード             | 99.9999.9 |       |   |    |    |          |   |
| 保険者番号                   |          |                     |           | 2     | 0 | 0  | 0  | 0        | 0 |
| 記号・番号                   |          | 000000              |           |       |   |    |    |          |   |
| 公費負担者番号①                | 8        | 3                   | 2         | 0     | 0 | 0  | 0  | 0        | 0 |
| 公費負担医療の受給者番号①           | 0        | 1                   | 2         | 3     | 4 | 5  | 5  |          |   |
| 公費負担者番号②                |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 公費負担医療の受給者番号②           |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者 | 氏名<br>住所 | 氏名<br>住所            | 〇〇 〇〇     |       |   |    | 住所 |          |   |
| 療養を受けた者の氏名              |          | 生年月日                |           | 負傷の原  |   |    |    |          |   |
| 〇〇 〇〇〇                  |          | ①男 1 明 2 大 5 令      |           |       |   |    |    |          |   |
|                         |          | 2 女 3 昭 ④平 30年4月19日 |           |       |   |    |    |          |   |
| 負 傷 名                   |          | 負傷年月日               |           | 初検年月日 |   | 施術 |    |          |   |
| (1)                     |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| (2)                     |          |                     |           |       |   |    |    | 治癒・中止・転医 |   |
| 摘 要                     |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 受給者負担金 500円             |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 合 計                     |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 3 0 0 0 0 円             |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 一部負担金                   |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 6 0 0 0 円               |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 請求金額                    |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 2 4 0 0 0 円             |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| ※                       |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |
| 円                       |          |                     |           |       |   |    |    |          |   |

【国民健康保険分申請書を作成】

・8月23日受診時は、国民健康保険へ保険変更となっているため、別に申請書を作成し、国保連合会へ請求する。

・自己負担金は1申請書ごとの徴収となる。

【施術料の請求(負担)金額】

- 保険者変更前
  - ・ 医 保 : 2,800円 3,500円×0.8(給付割合8割)
  - ・ 福祉医療 : 200円 3,500円×0.2(負担割合2割) — 500円(福祉医療の自己負担金額)
  - ・ 受 給 者 : 500円
- 保険者変更後
  - ・ 医 保 : 2,400円 3,000円×0.8(給付割合8割)
  - ・ 福祉医療 : 100円 3,000円×0.2(負担割合2割) — 500円(福祉医療の自己負担金額)
  - ・ 受 給 者 : 500円

# 資料編

○ 国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票の記載方法

(様式第7号)

令和 年 月分 国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票(Ⅱ-1)

保険者

柔道整復師・住所・氏名

殿

|           |   |  |  |     |               |  |  |  |     |
|-----------|---|--|--|-----|---------------|--|--|--|-----|
| 保 険 者 番 号 |   |  |  | 県番号 | 柔 道 整 復 師 番 号 |  |  |  | 柔 整 |
| 2         | 0 |  |  | 2 0 |               |  |  |  | 7   |

| 区 分                        |                                       | 件 数   | 実 日 数 | 金 額 | ※   | 備 考   |
|----------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-----|-----|-------|
| 国<br>民<br>健<br>康<br>保<br>険 | (25-8)<br>一般被保険者<br>(70歳以上一般<br>・低所得) | 請 求   |       |     | 増 減 | 件 日 円 |
|                            |                                       | ※ 決 定 |       |     | 返 戻 |       |
|                            | (25-7)<br>一般被保険者<br>(70歳以上7割)         | 請 求   |       |     | 増 減 |       |
|                            |                                       | ※ 決 定 |       |     | 返 戻 |       |
|                            | (25)<br>一般被保険者                        | 請 求   |       |     | 増 減 |       |
|                            |                                       | ※ 決 定 |       |     | 返 戻 |       |
|                            | (25-5)<br>一般被保険者<br>(6歳)              | 請 求   |       |     | 増 減 |       |
|                            |                                       | ※ 決 定 |       |     | 返 戻 |       |

国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票(公費請求分)

|           |   |  |  |     |               |  |  |  |     |
|-----------|---|--|--|-----|---------------|--|--|--|-----|
| 保 険 者 番 号 |   |  |  | 県番号 | 柔 道 整 復 師 番 号 |  |  |  | 柔 整 |
| 2         | 0 |  |  | 2 0 |               |  |  |  | 7   |

公費負担 ※こども柔整分を再掲してください。

|    | 件 数   | 実 日 数 | 金 額 | 受給者負担額 | ※   | 備 考   |
|----|-------|-------|-----|--------|-----|-------|
| 83 | 請 求   |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |       |     |        | 返 戻 |       |
| 85 | 請 求   |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |       |     |        | 返 戻 |       |
| 87 | 請 求   |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |       |     |        | 返 戻 |       |

法別番号(83・85・87)ごとに請求件数等を集計して記載してください。

(注) 太線内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。



社保

令和 年 月分 社保分 こども柔整請求書(提出先 施術所 → 長野県国保連合会)

柔道整復師・住所・氏名

|           |   |   |   |   |   |   |   |     |   |               |  |  |  |  |  |     |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---------------|--|--|--|--|--|-----|---|
| 保 険 者 番 号 |   |   |   |   |   |   |   | 県番号 |   | 柔 道 整 復 師 番 号 |  |  |  |  |  | 柔 整 |   |
| 9         | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 2   | 0 |               |  |  |  |  |  |     | 7 |

## 公費負擔

|    |       | 件 数 | 実 日 数 | 金 額 | 受給者負担額 | ※   | 備 考   |
|----|-------|-----|-------|-----|--------|-----|-------|
| 83 | 請 求   |     |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |     |       |     |        | 返 戻 |       |
| 85 | 請 求   |     |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |     |       |     |        | 返 戻 |       |
| 87 | 請 求   |     |       |     |        | 増 減 | 件 日 円 |
|    | ※ 決 定 |     |       |     |        | 返 戻 |       |

法別番号(83・85・87)ごとに請求件数等を集計して記載してください。

(注) 太線内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。

(様式第5号)

写しの場合(被用者保険分)には (写) と記載(黒字で可)



# 柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

|                             |                                                                                     |                |                              |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|
| 都道府県番号                      |                                                                                     | 施術機関コード        |                              |
| 保険者番号                       |                                                                                     |                |                              |
| 記号・番号                       |                                                                                     |                |                              |
| 公費負担者番号①                    | 83200014                                                                            | 公費負担医療の受給者番号①  | 0000018                      |
| 公費負担者番号②                    |                                                                                     | 公費負担医療の受給者番号②  |                              |
| 被保険者氏名                      | 氏名                                                                                  | 住所             |                              |
| 世帯主・組合員の受給者                 | 住所                                                                                  |                |                              |
| 公費①へ番号を記載                   |                                                                                     |                |                              |
| 療養を受けた者の氏名                  |                                                                                     | 生年月日           | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による |
| 1男                          |                                                                                     | 1明2大3昭4平5令     |                              |
| 2女                          |                                                                                     | 年月日            |                              |
| 負傷名                         | 負傷年月日                                                                               | 初検年月日          | 施術開始年月日                      |
| 転帰                          | 実日数                                                                                 |                |                              |
| (1)                         |                                                                                     | 治癒・中止・転医       |                              |
| (2)                         |                                                                                     | 治癒・中止・転医       |                              |
| (3)                         |                                                                                     | 治癒・中止・転医       |                              |
| (4)                         |                                                                                     | 治癒・中止・転医       |                              |
| (5)                         |                                                                                     | 治癒・中止・転医       |                              |
| 経過                          | 請求区分                                                                                | 新規・継続          |                              |
| 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                            |
| 再検料                         | 円                                                                                   | 往療料            | km 回 円                       |
| 加算(休日・深夜・時間外)               | 円                                                                                   | 加算(夜間・難路・暴風雨雪) | 円                            |
| 金属副子等加算(大・中・小)              | 円                                                                                   | 施術情報提供料        | 円                            |
| 計                           | 円                                                                                   |                |                              |
| 整復料・固定料・施療料                 | (1) 円                                                                               | (2) 円          | (3) 円                        |
| (4) 円                       | (5) 円                                                                               | 計              | 円                            |
| 部位                          | 通減 %                                                                                | 通減開始 月 日       | 後療料 円 回 円                    |
| 冷罨法料                        | 回 円                                                                                 | 温罨法料           | 回 円                          |
| 電療料                         | 回 円                                                                                 | 計              | 円                            |
| 多部位                         | 計                                                                                   | 円              | 長期 計 円                       |
| (1)                         | 100                                                                                 | —              | —                            |
| (2)                         | 100                                                                                 | —              | —                            |
| (3)                         | 60                                                                                  | —              | —                            |
| (4)                         | 100                                                                                 | —              | —                            |
| (5)                         | 60                                                                                  | —              | —                            |
| (6)                         | 100                                                                                 | —              | —                            |
| 摘要                          |                                                                                     | 合計             | 円                            |
| 一部負担金                       |                                                                                     | 円              |                              |
| 請求金額                        |                                                                                     | 円              |                              |
| ※                           |                                                                                     | 円              |                              |
| 支払区分                        | 預金の種類                                                                               | 金融機関           | 口座番号                         |
| 1:振込                        | 1:普通                                                                                | 銀行             | 本店                           |
| 2:銀行送金                      | 2:当座                                                                                | 金庫             | 支店                           |
| 3:当地払                       | 3:通知                                                                                | 農協             | 本・支所                         |
| 4:別段                        | 4:別段                                                                                |                |                              |
| 登録記号番号                      |                                                                                     |                |                              |
| 上記のとおり施術したことを証明します。         | 令和 年 月 日                                                                            | 所在地〒           | 所在地〒                         |
| 施術所名称                       | 電話                                                                                  | 柔道整復師氏名        | Ⓜ                            |
| 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。 | 令和 年 月 日                                                                            | 住所(上記住所欄と同じ)   |                              |
| 被保険者                        | 世帯主                                                                                 | 組合員氏名          |                              |
| 受給者                         |                                                                                     |                |                              |

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)

〇記載内容に不備がある場合には返戻となりますので、提出にあたっては記載漏れがないか確認をお願いします。

# 市町村別公費負担者番号一覧（平成 30 年 8 月 1 日現在）

| 市    | 町 | 村 | 乳幼児等 |   |   |      |   |   |    | 備考 | ひとり親家庭等 |   |   |      |   |   |    | 備考 | 障がい者 |   |   |      |   |   |    | 備考 |  |
|------|---|---|------|---|---|------|---|---|----|----|---------|---|---|------|---|---|----|----|------|---|---|------|---|---|----|----|--|
|      |   |   | 法別   | 県 |   | 実施機関 |   |   | 検証 |    | 法別      | 県 |   | 実施機関 |   |   | 検証 |    | 法別   | 県 |   | 実施機関 |   |   | 検証 |    |  |
| 長野市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 1 | 4 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 1 | 2  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 1  | 0  |  |
| 松本市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 2 | 2 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 2 | 0  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 2  | 8  |  |
| 上田市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 3 | 0 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 3 | 8  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 3  | 6  |  |
| 岡谷市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 4 | 8 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 4 | 6  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 4  | 4  |  |
| 飯田市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 5 | 5 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 5 | 3  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 5  | 1  |  |
| 諏訪市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 6 | 3 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 6 | 1  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 6  | 9  |  |
| 須坂市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 7 | 1 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 7 | 9  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 7  | 7  |  |
| 小諸市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 8 | 9 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 8 | 7  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 8  | 5  |  |
| 伊那市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 0    | 9 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 0 | 9 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 0 | 9  | 3  |  |
| 駒ヶ根市 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 0 | 5 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 0 | 3  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 0  | 1  |  |
| 中野市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 1 | 3 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 1 | 1  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 1  | 9  |  |
| 大町市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 2 | 1 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 2 | 9  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 2  | 7  |  |
| 飯山市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 3 | 9 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 3 | 7  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 3  | 5  |  |
| 茅野市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 4 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 4 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 4  | 3  |  |
| 塩尻市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 5 | 4 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 5 | 2  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 5  | 0  |  |
| 佐久市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 7 | 0 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 7 | 8  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 7  | 6  |  |
| 千曲市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 6 | 2 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 6 | 0  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 6  | 8  |  |
| 東御市  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 3    | 4 | 5 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 3 | 4 | 3  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 3 | 4  | 1  |  |
| 安曇野市 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 7    | 6 | 6 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 7 | 6 | 4  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 7 | 6  | 2  |  |
| 小海町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 0 | 4 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 0 | 2  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 0  | 0  |  |
| 佐久穂町 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 1    | 9 | 6 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 1 | 9 | 4  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 1 | 9  | 2  |  |
| 川上村  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 1 | 2 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 1 | 0  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 1  | 8  |  |
| 南牧村  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 2 | 0 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 2 | 8  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 2  | 6  |  |
| 南相木村 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 3 | 8 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 3 | 6  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 3  | 4  |  |
| 北相木村 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 4 | 6 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 4 | 4  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 4  | 2  |  |
| 軽井沢町 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 6 | 1 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 6 | 9  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 6  | 7  |  |
| 御代田町 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 8 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 8 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 8  | 3  |  |
| 立科町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 2    | 9 | 5 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 2 | 9 | 3  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 2 | 9  | 1  |  |
| 長和町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 3    | 3 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 3 | 3 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 3 | 3  | 3  |  |
| 青木村  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 3    | 9 | 4 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 3 | 9 | 2  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 3 | 9  | 0  |  |
| 下諏訪町 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 2 | 8 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 2 | 6  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 2  | 4  |  |
| 富士見町 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 3 | 6 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 3 | 4  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 3  | 2  |  |
| 原村   | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 4 | 4 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 4 | 2  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 4  | 0  |  |
| 辰野町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 6 | 9 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 6 | 7  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 6  | 5  |  |
| 箕輪町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 7 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 7 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 7  | 3  |  |
| 飯島町  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 8 | 5 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 8 | 3  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 8  | 1  |  |
| 南箕輪村 | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 4    | 9 | 3 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 4 | 9 | 1  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 4 | 9  | 9  |  |
| 中川村  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 5    | 0 | 1 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 5 | 0 | 9  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 5 | 0  | 7  |  |
| 宮田村  | 8 | 3 | 2    | 0 | 0 | 5    | 2 | 7 |    | 8  | 5       | 2 | 0 | 0    | 5 | 2 | 5  |    | 8    | 7 | 2 | 0    | 0 | 5 | 2  | 3  |  |

| 市 | 町 | 村 | 乳幼児等 |   |      |   |   |    |    | 備考 | ひとり親家庭等 |      |   |   |    |    |    | 備考 | 障がい者 |      |   |   |    |    |   | 備考 |   |   |   |   |  |
|---|---|---|------|---|------|---|---|----|----|----|---------|------|---|---|----|----|----|----|------|------|---|---|----|----|---|----|---|---|---|---|--|
|   |   |   | 法別   | 県 | 実施機関 |   |   | 検証 | 法別 |    | 県       | 実施機関 |   |   | 検証 | 備考 | 法別 |    | 県    | 実施機関 |   |   | 検証 | 備考 |   |    |   |   |   |   |  |
| 松 | 川 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 8  | 9  | 9  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 8  | 9  | 7    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 8  | 9 | 5 |   |   |  |
| 高 | 森 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 0  | 7  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 0  | 5    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 0 | 3 |   |   |  |
| 阿 | 南 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 1  | 5  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 1  | 3    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 1 | 1 |   |   |  |
| 阿 | 智 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 4  | 9  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 4  | 7    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 4 | 5 |   |   |  |
| 平 | 谷 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 6  | 4  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 6  | 2    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 6 | 0 |   |   |  |
| 根 | 羽 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 7  | 2  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 7  | 0    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 7 | 8 |   |   |  |
| 下 | 條 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 8  | 0  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 8  | 8    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 8 | 6 |   |   |  |
| 売 | 木 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 9  | 9  | 8  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 9  | 9  | 6    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 9  | 9 | 4 |   |   |  |
| 天 | 龍 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 0  | 0  | 4  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 0  | 0  | 2    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 0  | 0 | 0 |   |   |  |
| 泰 | 阜 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 0  | 1  | 2  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 0  | 1  | 0    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 0  | 1 | 8 |   |   |  |
| 喬 | 木 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 0  | 2  | 0  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 0  | 2  | 8    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 0  | 2 | 6 |   |   |  |
| 豊 | 丘 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 0  | 3  | 8  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 0  | 3  | 6    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 0  | 3 | 4 |   |   |  |
| 大 | 鹿 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 0  | 4  | 6  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 0  | 4  | 4    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 0  | 4 | 2 |   |   |  |
| 上 | 松 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 5  | 4  | 3  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 5  | 4  | 1    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 5  | 4 | 9 |   |   |  |
| 南 | 木 | 曽 | 町    | 8 | 3    | 2 | 0 | 0  | 5  | 5  | 0       |      | 8 | 5 | 2  | 0  | 0  | 5  | 5    | 8    |   | 8 | 7  | 2  | 0 | 0  | 5 | 5 | 6 |   |  |
| 木 | 曽 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 5  | 3  | 5  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 5  | 3  | 3    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 5  | 3 | 1 |   |   |  |
| 木 | 祖 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 5  | 7  | 6  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 5  | 7  | 4    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 5  | 7 | 2 |   |   |  |
| 王 | 滝 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 6  | 1  | 8  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 6  | 1  | 6    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 6  | 1 | 4 |   |   |  |
| 大 | 桑 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 6  | 2  | 6  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 6  | 2  | 4    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 6  | 2 | 2 |   |   |  |
| 麻 | 績 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 6  | 9  | 1  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 6  | 9  | 9    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 6  | 9 | 7 |   |   |  |
| 生 | 坂 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 7  | 1  | 7  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 7  | 1  | 5    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 7  | 1 | 3 |   |   |  |
| 山 | 形 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 7  | 3  | 3  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 7  | 3  | 1    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 7  | 3 | 9 |   |   |  |
| 朝 | 日 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 7  | 4  | 1  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 7  | 4  | 9    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 7  | 4 | 7 |   |   |  |
| 筑 | 北 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 6  | 8  | 3  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 6  | 8  | 1    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 6  | 8 | 9 |   |   |  |
| 池 | 田 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 8  | 2  | 4  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 8  | 2  | 2    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 8  | 2 | 0 |   |   |  |
| 松 | 川 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 8  | 3  | 2  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 8  | 3  | 0    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 8  | 3 | 8 |   |   |  |
| 白 | 馬 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 8  | 6  | 5  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 8  | 6  | 3    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 8  | 6 | 1 |   |   |  |
| 小 | 谷 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 8  | 7  | 3  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 8  | 7  | 1    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 8  | 7 | 9 |   |   |  |
| 坂 | 城 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 0 | 4  | 0  | 2  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 0  | 4  | 0  | 0    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 0 | 4  | 0 | 8 |   |   |  |
| 小 | 布 | 施 | 町    | 8 | 3    | 2 | 0 | 1  | 0  | 9  | 5       |      | 8 | 5 | 2  | 0  | 1  | 0  | 9    | 3    |   | 8 | 7  | 2  | 0 | 1  | 0 | 9 | 1 |   |  |
| 高 | 山 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 1  | 1  | 1  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 1  | 1  | 9    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 1  | 1 | 7 |   |   |  |
| 山 | ノ | 内 | 町    | 8 | 3    | 2 | 0 | 1  | 1  | 2  | 9       |      | 8 | 5 | 2  | 0  | 1  | 1  | 2    | 7    |   | 8 | 7  | 2  | 0 | 1  | 1 | 2 | 5 |   |  |
| 木 | 島 | 平 | 村    | 8 | 3    | 2 | 0 | 1  | 1  | 3  | 7       |      | 8 | 5 | 2  | 0  | 1  | 1  | 3    | 5    |   | 8 | 7  | 2  | 0 | 1  | 1 | 3 | 3 |   |  |
| 野 | 沢 | 温 | 泉    | 村 | 8    | 3 | 2 | 0  | 1  | 1  | 4       | 5    |   | 8 | 5  | 2  | 0  | 1  | 1    | 4    | 3 |   | 8  | 7  | 2 | 0  | 1 | 1 | 4 | 1 |  |
| 信 | 濃 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 1  | 7  | 8  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 1  | 7  | 6    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 1  | 7 | 4 |   |   |  |
| 飯 | 綱 | 町 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 1  | 8  | 6  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 1  | 8  | 4    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 1  | 8 | 2 |   |   |  |
| 小 | 川 | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 2  | 2  | 8  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 2  | 2  | 6    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 2  | 2 | 4 |   |   |  |
| 栄 |   | 村 | 8    | 3 | 2    | 0 | 1 | 2  | 5  | 1  |         | 8    | 5 | 2 | 0  | 1  | 2  | 5  | 9    |      | 8 | 7 | 2  | 0  | 1 | 2  | 5 | 7 |   |   |  |

## 2 現物給付方式導入状況（令和7年4月1日現在）

| 市 町 村 | 乳幼児等       |       |            | ひとり親家庭等    |       |            | 障がい者       |       |            |
|-------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|
|       | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 |
| 長野市   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 松本市   | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       |
| 上田市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 岡谷市   | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         |
| 飯田市   | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 諏訪市   | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         |
| 須坂市   | 18歳        | 500円  | 2分の1       | 18歳        | 500円  | 2分の1       | 18歳        | 500円  | 2分の1       |
| 小諸市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 伊那市   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 駒ヶ根市  | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 中野市   | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       |
| 大町市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 飯山市   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 茅野市   | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         |
| 塩尻市   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 佐久市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 千曲市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 東御市   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 安曇野市  | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 小海町   | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 佐久穂町  | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 川上村   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 南牧村   | 18歳        | 300円  | あり         | 18歳        | 300円  | あり         | 18歳        | 300円  | あり         |
| 南相木村  | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 北相木村  | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 軽井沢町  | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳<br>※4  | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 御代田町  | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 立科町   | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 長和町   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 青木村   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 下諏訪町  | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         | 18歳        | 500円  | あり         |
| 富士見町  | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 原村    | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 辰野町   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 箕輪町   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳<br>※5  | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 飯島町   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 南箕輪村  | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 中川村   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 宮田村   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |

| 市 町 村     | 乳幼児等       |       |            | ひとり親家庭等    |       |            | 障がい者       |       |            |
|-----------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|
|           | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 | 対象年齢<br>※1 | 自己負担金 | 食費助成<br>※2 |
| 松 川 町     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 高 森 町     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 阿 南 町     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 阿 智 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 平 谷 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 根 羽 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 下 條 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 売 木 村     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 天 龍 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 泰 阜 村     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | あり         | 18歳        | 300円  | あり         |
| 喬 木 村     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 豊 丘 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 大 鹿 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 上 松 町     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 南 木 曽 町   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 木 曽 町     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 木 祖 村     | 18歳        | 300円  | なし         | 18歳<br>※5  | 300円  | なし         | 18歳        | 300円  | なし         |
| 王 滝 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 大 桑 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 麻 績 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 生 坂 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 山 形 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 朝 日 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 筑 北 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 池 田 町     | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 松 川 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 白 馬 村     | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 小 谷 村     | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 坂 城 町     | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 小 布 施 町   | 18歳        | 300円  | あり<br>※3   | 18歳        | 300円  | あり         | 18歳        | 300円  | あり         |
| 高 山 村     | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       | 18歳        | 0円    | 2分の1       |
| 山 ノ 内 町   | 18歳        | 0円    | 2分の1<br>※3 | 18歳<br>※5  | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 木 島 平 村   | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 野 沢 温 泉 村 | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 信 濃 町     | 18歳        | 500円  | 2分の1       | 18歳        | 500円  | 2分の1       | 18歳        | 500円  | 2分の1       |
| 飯 綱 町     | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         | 18歳        | 500円  | なし         |
| 小 川 村     | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         | 18歳        | 0円    | なし         |
| 栄 村       | 18歳<br>※5  | 0円    | あり         | 18歳<br>※5  | 0円    | あり         | 18歳<br>※5  | 0円    | あり         |

（留意事項は次ページを参照してください）

## 〔留意事項〕

- この表は、現物給付方式の導入状況をまとめたものです。（福祉医療費給付事業全体の対象者等を表すものではありませんので、ご利用にあたってはご注意ください。）

なお、対象者等の詳細につきましては、県ホームページ

（<https://www.pref.nagano.lg.jp/kenko-fukushi/kenko/fukushi/fukushi/hojokin.html>）

掲載の「福祉医療費給付事業の市町村実施状況（PDF）」をご覧ください。

（県HP掲載場所：「ホーム＞健康・医療・福祉＞福祉一般＞地域福祉＞福祉医療費給付事業について」）

※1 対象者：対象年齢到達以後の最初の3月31日までの間にある者

※2 食費：入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担限度額への助成

※3 年齢により食費助成の対象外となる場合あり、受給者証をご確認ください。

（小布施町、山ノ内町）

※4 母・父（後期高齢者医療被保険者は除く。）を含む。（軽井沢町）

※5 18歳以上20歳未満の高等学校その他市町村長が定める施設に在学・在校中の者を含む（箕輪町、木祖村、山ノ内町、栄村）

## 3 お問合せ先一覧

### （1）診療（調剤）報酬明細書の記載方法について

#### ア 市町村国保、国保組合分について

長野県国民健康保険団体連合会 保険者支援課

住所：郵便番号 380-0871

長野市大字西長野字加茂北 143-8 長野県自治会館内

電話：026-238-1582 FAX：026-238-1559

#### イ 被用者保険（社会保険）分について

社会保険診療報酬支払基金長野支部 事業管理課

住所：郵便番号 380-8535

長野市大字鶴賀 1457 番地 44

電話：026-232-8001（代表） FAX：026-232-8021

### （2）その他制度全般の内容について

#### ア 福祉医療費給付事業について

長野県健康福祉部健康福祉政策課

住所：郵便番号 380-8570

長野市大字南長野字幅下 692-2

電話：026-235-7097 FAX：026-235-7485

#### イ 福祉医療費の請求について

各市町村福祉医療担当課 （29、30 ページを参照）

## 市町村福祉医療担当課一覧

令和7年4月1日現在

| 市町村名 | 担当課・係              | 電話番号                     |
|------|--------------------|--------------------------|
| 長野市  | 保健福祉部福祉政策課福祉医療担当   | 026-224-7829 (直通)        |
| 松本市  | こども部こども福祉課給付担当     | 0263-33-9855 (直通)        |
|      | 健康福祉部障がい福祉課給付担当    | 0263-34-3036 (直通)        |
| 上田市  | 福祉部福祉課医療給付係        | 0268-23-5130 (直通)        |
| 岡谷市  | 市民環境部医療保険課医療担当     | 0266-23-4811 (内線1174)    |
| 飯田市  | こども未来健康部保健課医療給付係   | 0265-22-4511 (内線5527)    |
| 諏訪市  | 市民環境部市民課国保医療係      | 0266-52-4141 (内線117)     |
| 須坂市  | 健康福祉部医療保険課福祉医療係    | 026-248-9034 (直通)        |
| 小諸市  | 保健福祉部福祉課福祉係        | 0267-22-1700 (内線2144)    |
| 伊那市  | 保健福祉部健康推進課国保医療係    | 0265-78-4111 (内線2342)    |
| 駒ヶ根市 | 民生部市民課国保医療係        | 0265-83-2111 (内線322)     |
| 中野市  | 健康福祉部福祉課厚生保護係      | 0269-22-2111 (内線276・298) |
| 大町市  | 民生部市民課国保・年金係       | 0261-22-0420 (内線423)     |
| 飯山市  | 民生部保健福祉課障がい福祉係     | 0269-67-0727 (直通)        |
| 茅野市  | 健康福祉部保険課後期高齢・福祉医療係 | 0266-72-2101 (内線326)     |
| 塩尻市  | 健康福祉部福祉支援課福祉給付係    | 0263-52-0684 (直通)        |
| 佐久市  | 市民健康部国保医療課医療給付係    | 0267-62-2915 (直通)        |
| 千曲市  | 健康福祉部健康推進課国保医療係    | 026-273-1111 (内線1233)    |
| 東御市  | 健康福祉部福祉課福祉推進係      | 0268-64-8888 (内線2111)    |
| 安曇野市 | 福祉部福祉課福祉政策担当       | 0263-71-2253 (直通)        |
| 小海町  | 町民課社会福祉係           | 0267-92-2525 (内線131)     |
| 佐久穂町 | 健康福祉課福祉係           | 0267-86-2525 (内線160)     |
| 川上村  | 保健福祉課保健係           | 0267-97-3600 (内線305)     |
| 南牧村  | 住民課国保係             | 0267-96-2211 (内線64)      |
| 南相木村 | 住民課住民係             | 0267-78-1050 (直通)        |
| 北相木村 | 住民福祉課福祉係           | 0267-77-2111 (代表)        |
| 軽井沢町 | 住民課保険年金係           | 0267-45-8540 (直通)        |
| 御代田町 | 保健福祉課福祉係           | 0267-32-6522 (直通)        |
| 立科町  | 町民課福祉係             | 0267-88-8405 (直通)        |
| 長和町  | 保健福祉課福祉係           | 0268-75-2074 (直通)        |
| 青木村  | 住民福祉課福祉係           | 0268-49-0111 (内線144)     |
| 下諏訪町 | 住民環境課国保年金係         | 0266-27-1111 (内線138)     |
| 富士見町 | 住民福祉課社会福祉係         | 0266-62-9144 (直通)        |
| 原村   | 保健福祉課医療給付係         | 0266-79-7926 (直通)        |
| 辰野町  | 保健福祉課社会福祉係         | 0266-41-1111 (内線2136)    |
| 箕輪町  | 福祉課社会福祉係           | 0265-79-3162 (内線1433)    |



| 市町村名    | 担当課・係         | 電話番号                 |
|---------|---------------|----------------------|
| 飯 島 町   | 健康福祉課保健医療係    | 0265-86-3111 (内線174) |
| 南 箕 輪 村 | 健康医療課医療保険係    | 0265-98-0470 (直通)    |
| 中 川 村   | 保健福祉課保健医療係    | 0265-88-3019 (直通)    |
| 宮 田 村   | 住民課住民係        | 0265-85-3183 (直通)    |
| 松 川 町   | 保健福祉課福祉係      | 0265-36-7022 (直通)    |
| 高 森 町   | 健康福祉課福祉係      | 0265-35-9412 (直通)    |
| 阿 南 町   | 民生課福祉係        | 0260-22-4051 (直通)    |
| 阿 智 村   | 民生課保健係        | 0265-43-5511 (直通)    |
| 平 谷 村   | 住民課           | 0265-48-2211 (代表)    |
| 根 羽 村   | 住民課           | 0265-49-2111 (内線35)  |
| 下 條 村   | 福祉課福祉係        | 0260-27-1231 (直通)    |
| 売 木 村   | 住民課住民係        | 0260-28-2311 (代表)    |
| 天 龍 村   | 健康福祉課健康支援係    | 0260-32-1021 (直通)    |
| 泰 阜 村   | 住民福祉課保険福祉係    | 0260-26-2111 (内線233) |
| 喬 木 村   | 保健福祉課健康保険係    | 0265-33-5125 (直通)    |
| 豊 丘 村   | 健康福祉課福祉係      | 0265-35-9060 (直通)    |
| 大 鹿 村   | 保健福祉課保健医療係    | 0265-39-2001 (内線265) |
| 上 松 町   | 住民福祉課福祉係      | 0264-52-5550 (直通)    |
| 南 木 曾 町 | 住民課住民係        | 0264-57-2001 (内線133) |
| 木 曾 町   | 保健福祉課福祉係      | 0264-22-4035 (直通)    |
| 木 祖 村   | 住民福祉課福祉係      | 0264-36-2001 (内線173) |
| 王 滝 村   | 福祉健康課福祉係      | 0264-48-3155 (直通)    |
| 大 桑 村   | 福祉健康課福祉係      | 0264-55-3080 (内線155) |
| 麻 績 村   | 住民課福祉医療係      | 0263-67-4854 (直通)    |
| 生 坂 村   | 健康福祉課福祉係      | 0263-69-3500 (直通)    |
| 山 形 村   | 住民課住民係        | 0263-98-3112 (直通)    |
| 朝 日 村   | 住民福祉課住民福祉係    | 0263-99-4102 (直通)    |
| 筑 北 村   | 住民福祉課保健福祉係    | 0263-66-2606 (直通)    |
| 池 田 町   | 住民課保険医療係      | 0261-62-2203 (直通)    |
| 松 川 村   | 住民課保険医療係      | 0261-62-3112 (直通)    |
| 白 馬 村   | 住民課住民係        | 0261-85-0715 (直通)    |
| 小 谷 村   | 住民福祉課住民係      | 0261-82-2581 (直通)    |
| 坂 城 町   | 福祉健康課福祉係      | 0268-75-6205 (直通)    |
| 小 布 施 町 | 健康福祉課地域福祉係    | 026-214-9118 (直通)    |
| 高 山 村   | 健康福祉課福祉係      | 026-242-1201 (直通)    |
| 山ノ内町    | 健康福祉課医療保険係    | 0269-33-3116 (直通)    |
| 木 島 平 村 | 民生課健康福祉係      | 0269-82-3111 (内線125) |
| 野沢温泉村   | 民生課福祉係        | 0269-85-3112 (内線118) |
| 信 濃 町   | 住民福祉課福祉・介護保険係 | 026-255-1179 (直通)    |
| 飯 綱 町   | 保健福祉課福祉係      | 026-253-4764 (直通)    |
| 小 川 村   | 住民福祉課住民係      | 026-269-2323 (代表)    |
| 栄 村     | 民生課住民福祉係      | 0269-87-3114 (内線165) |