

## 平成20年4月改定にかかる様式等の変更について(柔整)

### 総括票関係

#### 1. 柔道整復施術療養費支給申請総括票(要様式第2号-4) 変更

「後期高齢者支給申請書合計件数」欄の追加をします。後期高齢者医療の件数を記載してください。

### 請求書関係

#### 1. 国民健康保険・老人保健柔道整復施術料金請求書 変更

一般(70歳以上9割)欄を一般(70歳以上一般・低所得)欄に変更します。

一般(3歳未満)欄を一般(6歳)欄に変更します。

退職(3歳未満)欄を一般(6歳)欄に変更します。

月遅れ分について

- ・ 一般(70歳以上9割)は一般(70歳以上一般・低所得)欄に合算し記載してください。
- ・ 一般(3歳未満)を一般(6歳)欄に合算し記載してください。
- ・ 退職(3歳未満)を退職(6歳)欄に合算し記載してください。

#### 2. 後期高齢者医療柔道整復施術療養費支給申請請求書 新規

後期高齢者医療分の集計を記載してください。

用紙はA列4版上質紙(55kg)、色はさくら色とします。

1施術所で1枚の請求書を作成します。

福祉医療費は福祉番号別に集計し記載してください。

### 柔道整復施術療養費支給申請書

支給申請書の様式については請求省令によります。

後期高齢者医療にかかる取り纏いについて

当分の間、旧様式にて後期高齢者医療分の記載をすることは差し支えありません。

留意点

- ・ 市町村番号、受給者番号は空白でお願いします。
- ・ 保険者番号に、後期高齢者医療被保険者証に記載される39で始まる番号を記載してください。(例:39252010 = 大津市)
- ・ 記号番号欄には後期高齢者医療被保険者証に記載される8桁の番号を記載してください。

### 編綴方法について

国保分と後期高齢者医療分は、ひとつにまとめて綴じます。その場合、国保分の下に後期高

齡者医療分を綴じます。

#### 国保分について

平成20年3月施術分以前の支給申請書で一般(70歳以上9割)、退職(70歳以上9割)、退職(70歳以上7割)、一般(3歳未満)、退職(3歳未満)、老人保健は、各支給申請書の束の一番上に編綴してください。

#### 後期高齢者医療分について

給付割合別として、それぞれ保険者番号順に並べてください。



施術年月を記載してください。

# 平成 年 月 分 柔道整復施術療養費支給申請総括票

登録記号 番 号	登録記号番号を記載してください。	1. 2どちらかに を つけてください。	支給申請書 1. 手書き 記 載 2. 電 算
所在地 名 称 開設者 氏 名 電話番号	所在地、名称等を記載してください。 (電話番号も必ず記載してください。)	支給申請書提出年月日を記載してください。	受 付 印

平成 年 月 日 下記の保険者について別添施術料金請求書の通り請求する。

保 険 者		件 数	保 険 者		件 数	保 険 者		件 数
医師国保	253013		安 土 町	250621				
大 津 市	250019		日 野 町	250647				
彦 根 市	250027		竜 王 町	250654				
長 浜 市	250035		愛 荘 町	250712				
近江八幡市	250043		豊 郷 町	250738				
東近江市	250050		甲 良 町	250746				
草 津 市	250068		多 賀 町	250753				
守 山 市	250076		虎 姫 町	250811				
野 洲 市	250092		湖 北 町	250829				
湖 南 市	250100		高 月 町	250845				
甲 賀 市	250118		木 之 本 町	250852				
高 島 市	250126		余 呉 町	250860				
米 原 市	250134		西 浅 井 町	250878				
栗 東 市	250522							
各保険者毎に請求件数を記載してください。			国保分・老人保健分(月遅れ分)の請求件数の合計を記載してください。					
			後期高齢者医療分の請求件数の合計を記載してください。			国保分・老人保健分(被用者保険含む)支給申請書合計件数 件		
						後期高齢者医療分支給申請書合計件数 件		

福祉医療費の請求がある場合はどちらかに  
をつけ、その枚数を記載してください。

福祉医療費請求書	
連名簿(紙)合計枚数	枚
磁気媒体合計枚数	枚

### \* 記入上の注意

- 1) 件数欄は保険者毎に国保一般分+退職者分+老人保健分の合計件数を記載し、支給申請書合計件数欄には支給申請書の総件数を、福祉医療費請求書欄には連名簿(紙)・磁気媒体の枚数を記載してください。(総括票には福祉医療の件数は再掲する必要はありません。)
- 2) 後期高齢者医療分支給申請書合計件数欄は、後期高齢者医療の総件数を集計してください。
- 3) 破線より下段は記載の必要はありません。

区分	保険者確認	事務点検	審査委員会	計数整理	決定入力	増減入力	増減確認	エラー修正
担当者印								
		事業区分 <b>3 柔整</b>	処理区分 <b>2 県内</b>	点数表区分 <b>19 柔整</b>	備考			

国民健康保険・老人保健柔道整復施術療養費請求書

登録記号番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月分 下記のとおり請求する

平成 年 月 日

保険者番号					

保険者  
市町村

殿

所在地  
施 術 所 名  
電話番号  
柔道整復師 氏 名

印

		件 数	実 日 数	金 額	一 部 負 担 金
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91			
		決 定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81			
		決 定			
	一般被保険者	請 求 71			
		決 定			
	一般被保険者 (6 歳)	請 求 31			
		決 定			
	本 人	請 求 851			
		決 定			
	70歳以上 9割	請 求 971			
		決 定			
	70歳以上 7割	請 求 871			
		決 定			
	被扶養者	請 求 771			
		決 定			
	6 歳	請 求 371			
		決 定			
老 人 保 健	老人 9 割	請 求 93			
		決 定			
	老人 7 割	請 求 83			
		決 定			
	福祉医療費	請 求 401			
		決 定			

- 備考 1 この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55Kg)とし黒刷りしてください。  
 2 の欄は、記入しないでください。  
 3 福祉医療費の欄には、福祉医療にかかるものを再掲して下さい。

国民健康保険・老人保健柔道整復施術療養費請求書

登録記号番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月分 下記のとおり請求する

平成 年 月 日

**70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減措置の記載例**

--	--	--	--	--	--

保険者 市町村 殿 施 術 所 柔 道 整 復 師 氏 名 所 在 地 名 電 話 番 号 印

		件 数	実 日 数	金 額	一 部 負 担 金
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91	1	5	4,562
		決 定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81			
		決 定			
	一般被保険者	請 求 71			
		決 定			
	一般被保険者 (6 歳)	請 求 31			
		決 定			
	本 人	請 求 851			
		決 定			
	70歳以上 9割	請 求 971			
		決 定			
	70歳以上 7割	請 求 871			
		決 定			
	被 扶 養 者	請 求 771			
		決 定			
	6 歳	請 求 371			
		決 定			
老 人 保 険 者	老 人 9 割	請 求 93			
		決 定			
	老 人 7 割	請 求 83			
		決 定			
	福祉医療費	請 求 401			
		決 定			

70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減措置の該当分については、「一般(70歳以上一般・低所得)」に集計することとなります。  
支給申請書は高齢受給者の方が該当です。

備考 1 この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55Kg)とし黒刷りしてください。  
2 の欄は、記入しないでください。  
3 福祉医療費の欄には、福祉医療にかかるものを再掲して下さい。

平成 年 月分

# 後期高齢者医療柔道整復施術療養費請求書

滋賀県後期高齢者医療広域連合 殿 施術所の  
所在地及び名称  
電話番号  
柔道整復師氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

登録記号番号

後期高齢者医療

		件数	実日数	金額	一部負担金
後期高齢者 九割	請求 2	件	日	円	円
	決定				
後期高齢者 七割	請求 2				
	決定				
福 祉 医 療	請求 2	件	日	円	円
	決定				
	請求 2				
	決定				
	請求 2				
	決定				
	請求 2				
	決定				
	請求 2				
	決定				

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。  
 2. 印の欄は、記入しないで下さい。  
 3. 福祉医療については、福祉番号別に合計の上、記載して下さい。

平成 年 月分 施術年月を記載してください。

# 柔道整復施術療養費請求書

滋賀県後期高齢者医療広域連合 殿 施 術 所 の  
所在地及び名称

支給申請書提出日を記載してください。 話 番 号  
整 復 師 氏 名

印

下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

登録記号番号を記載してください。

登録記号番号  
**契2501000-0-0**

後期高齢者医療

		件数	実日数	金額	一部負担金
後期高齢者 九 割	請求 <sub>2</sub>	10 <small>件</small>	87 <small>日</small>	109,968 <small>円</small>	円
	決定				
後期高齢者 七 割	請求 <sub>2</sub>	2		18,960 <small>円</small>	
	決定				

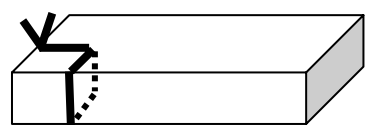
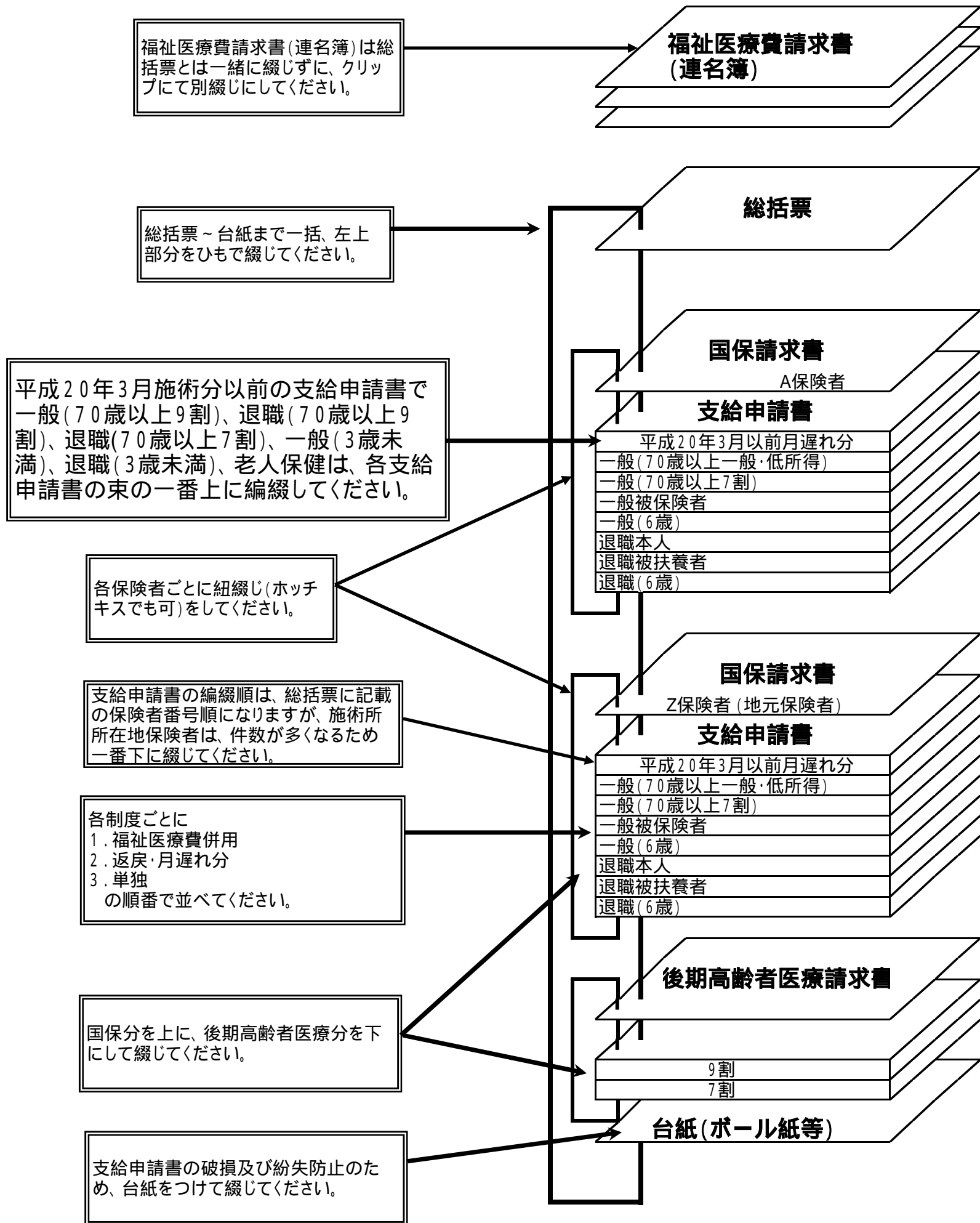
給付割合別に件数、実日数、金額を記載してください。

福 社 医 療	82	請求 <sub>2</sub>	1 <small>件</small>	3 <small>日</small>	7,425 <small>円</small>	500 <small>円</small>	
		決定					
	85	請求 <sub>2</sub>	1	1	12,420		
		決定					
		請求 <sub>2</sub>	福祉医療費助成番号別に記載してください。				
		決定					
	請求 <sub>2</sub>						
	決定						

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。  
2. 印の欄は、記入しないで下さい。  
3. 福祉医療については、福祉医療費助成番号別に合計の上、記載して下さい。



# 柔整支給申請書編綴方法について



支給申請書の左上をこのように綴じてください。

一般分の国保組合については、滋賀県医師国保のみ、本会へ提出して頂きます。  
それ以外の国保組合(全国建設国保等)については「県外扱い」となりますので、提出先にご注意ください。

提出時には、上記連名簿及び支給申請書を、横紐がけ等(輪ゴムでも可)をしてまとめて提出ください。