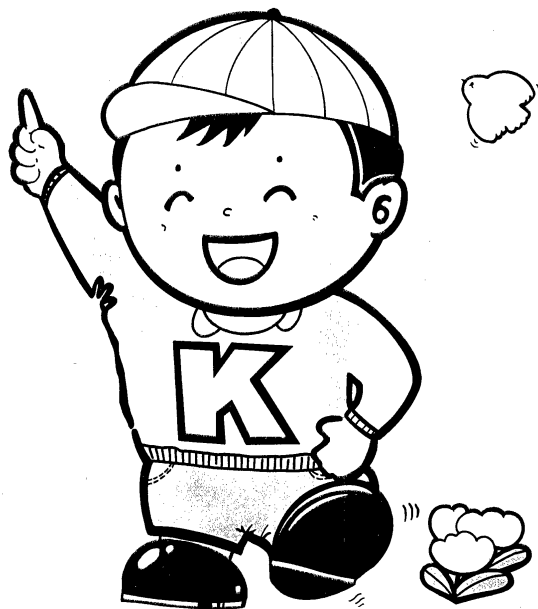


# 令和元年度 国保請求事務の手引き ～施術機関向け～



令和元年 11 月 26 日

鹿児島県国民健康保険団体連合会

# 目次

## 1.請求受付日・締切日に関するについて . . . P.1～4

- (1) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の提出締切日について
- (2) 窓口受付の開設日について

## 2.請求に関するについて . . . P.5～19

### 【はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費】

- (1) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の編綴方法について
- (2) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の返戻再請求等の月遅れ分の請求について

### 【柔道整復師の施術に係る療養費】

- (3) 柔道整復師の施術に係る療養費の総括票（Ⅰ）及び（Ⅱ）・申請書の編綴について
- (4) 国保分・後期分の請求がある場合の総括票（Ⅰ）の記載について

## 3. 申請書の記載要領について . . . P.20

- (1) 保険種別・単併区分・本家区分・給付割合の記載について

## 4.その他 . . . P.21～23

- (1) レセプト等の問い合わせ先について

※「柔整」、「あはき」と記載がある場合は、「柔道整復師の施術に係る療養費」、「はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費」を示します。

## 5.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成事業関係について

・・・P.24～36

- (1) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の請求方法について
- (2) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の月遅れ分の請求方法について
- (3) 電子媒体（CD-R）への記載について
- (4) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の紙媒体から電子媒体への変更に  
ついて
- (5) 自動償還システムの入手方法について
- (6) 提出済の乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票またはデータに誤  
りがあった場合について
- (7) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日について
- (8) レセプト等の問い合わせ先について

※乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成とは、個票による自動償還方式を示します。

## 1.請求受付日・締切日に関するについて

### ＜留意事項＞

- ・窓口、郵送どちらの提出方法であっても、締切日は毎月 10 日となっております。
- ・悪天候による発送の遅れ等、やむを得ない事情により締切日に間に合わないことが想定される場合は、早めに担当部署へ御連絡をお願いいたします。

### ＜よくある問い合わせ＞

(1) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の提出締切日について

Q.あはきの提出締切日はいつになりますか。

A.毎月 10 日までとなります。郵便・宅配便等についても同様に締切は 10 日到着分までとなります。  
(参考 1 を参照ください—P. 2 へ)

### 【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 療養費施術機関の皆様へ → はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧施術機関の皆様へ → 受付締切日・支払日・郵送、宅配便のお願い

(2) 窓口受付の開設日について

Q.レセプトの受付窓口が開いている日に提出したいのですが、スケジュールは決まっていますか。

A.令和 2 年 3 月までのスケジュールが決まっています。受付窓口を設けて、職員が対応しておりますので、持参される方は参考 2 を御確認の上、御利用ください。(参考 2 —P. 4 へ)

## 【参考1（1／2）】

平成31年度 柔道整復施術療養費支給申請書・あはき療養費支給申請書及び乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票受付締切・支払予定日

| 請求年月     | 受付締切日  | 支払予定日     | 備考       |
|----------|--------|-----------|----------|
| 平成31年4月  | 10日（水） | 5月30日（木）  |          |
| 平成31年5月  | 10日（金） | 6月27日（木）  |          |
| 平成31年6月  | 10日（月） | 7月30日（火）  |          |
| 平成31年7月  | 10日（水） | 8月29日（木）  |          |
| 平成31年8月  | 10日（土） | 9月27日（金）  |          |
| 平成31年9月  | 10日（火） | 10月30日（水） |          |
| 平成31年10月 | 10日（木） | 11月28日（木） |          |
| 平成31年11月 | 10日（日） | 12月27日（金） | ※9日（土）閉所 |
| 平成31年12月 | 10日（火） | 1月30日（木）  |          |
| 平成32年1月  | 10日（金） | 2月27日（木）  |          |
| 平成32年2月  | 10日（月） | 3月30日（月）  |          |
| 平成32年3月  | 10日（火） | 4月28日（火）  |          |

※あはき…はりきゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費（平成30年4月1日から取扱開始）  
 ◇あはき療養費の支払は国民健康保険分のみで、後期高齢者医療分については今まで同様後期高齢者医療広域連合からの振込になります。

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| 乳幼児・ひとり親家庭等医療費助成<br>事業報告事務手数料支払予定日 | 平成32年4月28日（火） |
|------------------------------------|---------------|

※ 改元後は、新元号の元年と読み替え願います。

※ 受付締切日：毎月10日（土曜、日曜、祝日の場合も受付業務を行います。）

※ 受付時間：午前8時30分から午後5時まで

【参考1（2／2）】

**※診療報酬請求書等送付時（郵便・宅配便）のお願い**

◇誤発送がないように送付先は、必ずご確認ください。

送付先      〒890－0064  
             鹿児島市鴨池新町7番4号  
             （鹿児島県市町村自治会館内）  
  
             鹿児島県国民健康保険団体連合会  
  
             審査管理課療養費係

◇送付方法について

・個人情報保護と事故防止のために、授受が明確となる（配達記録が残る）方法での送付にご協力ください。

◇送付書の添付について

・乳幼児医療費・ひとり親家庭等自己負担額支払明細個票を提出される際は、件数を記載した送付票と併せて媒体種類（FD、CD、紙）を記載した送付書の添付をお願いします。

## 【参考2】

## 国保診療報酬明細書の窓口受付開設日

※毎月10日が国保診療報酬明細書の受付締切日です。それ以外にも、下記の日程において受付の窓口を開設しておりますのでご利用ください。

|       |     |       |       | 受付締切日  |
|-------|-----|-------|-------|--------|
| 平成31年 | 4月  | 8日(月) | 9日(火) | 10日(水) |
| 令和元年  | 5月  | 8日(水) | 9日(木) | 10日(金) |
|       | 6月  |       | 7日(金) | 10日(月) |
|       | 7月  | 8日(月) | 9日(火) | 10日(水) |
|       | 8月  | 8日(木) | 9日(金) | 10日(土) |
|       | 9月  |       | 9日(月) | 10日(火) |
|       | 10月 | 8日(火) | 9日(水) | 10日(木) |
|       | 11月 | 7日(木) | 8日(金) | 10日(日) |
|       | 12月 |       | 9日(月) | 10日(火) |
| 令和2年  | 1月  | 8日(水) | 9日(木) | 10日(金) |
|       | 2月  |       | 7日(金) | 10日(月) |
|       | 3月  |       | 9日(月) | 10日(火) |

## 2.請求に関することについて

### <留意事項>

- ・申請書等を窓口にて提出される場合は、受付受領票が必要になります。お持ちでない方は窓口で申し出てください。なお、受領票は、事前に提出される書類等の該当項目に○をつけてお越してください。

### 【はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費】

(1) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の編綴方法について

Q.あはき請求分の編綴方法を教えてください。

A.国保分と後期分の最後に台紙（厚紙）をいれて左上1箇所をこより等で綴じてください。

※療養費支給申請書の他に同意書等の添付する書類がある場合、受療者ごとに申請書を頭にしてホチキス止めをお願いします。（参考1を参照ください—P.6へ）

#### 【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 療養費施術機関の皆様へ → はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧施術機関の皆様へ → 国保連合会からの各種通知 → はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費支給申請書等の取扱いの変更について → 【別紙4】

(2) はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の返戻再請求等の月遅れ分の請求について

Q.あはき請求分で月遅れ分があった際の編綴方法を教えてください。

A.返戻再請求等の月遅れ分の請求については、当月分の総括票及び請求書へ合算し、一緒に綴じて提出してください。（参考1を参照ください—P.6へ）

※総括票及び請求書は月毎に作成する必要はありません。

#### 【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 療養費施術機関の皆様へ → はり・きゅう及びあん摩・マッサージ・指圧施術機関の皆様へ → 療養費請求方法 → 8. 療養費支給申請書請求時留意事項及び誤り事例 → 【総括票・請求書】の4

### 【柔道整復師の施術に係る療養費】

(3) 柔道整復師の施術に係る療養費の総括票（Ⅰ）及び（Ⅱ）・申請書の編綴について

Q.柔整の総括票や申請書はこより等で綴るのでしょうか。

A.総括票及び申請書の編綴に御協力をお願いします。（編綴の際は左上1か所の穴あけをお願いします。）

(4) 国保分・後期分の請求がある場合の総括票（Ⅰ）の記載について

Q.国保分・後期分の請求がある場合、総括票はそれぞれに添付するのでしょうか。

A.国保分・後期分の請求がある場合、総括票（Ⅰ）は1枚に記載をお願いします。

※国保分と後期分でそれぞれ総括票（Ⅰ）を作成・添付している場合が多く見受けられます。



【参考1（1／14）】

1 鹿国保連第 607 号  
令和元年 6 月 3 日  
（審査管理課扱い）

施術機関 御中

鹿児島県国民健康保険団体連合会  
事務局長 川 上 真 人

はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係  
る療養費支給申請書等の取扱いの変更について（依頼）

本会の事業運営につきましては、平素から御理解と御協力をいただきお礼申し上げます。

さて、本会は保険者の委託により、平成 30 年 4 月から療養費支給申請書の受付、内容点検を行い、平成 31 年 4 月から審査を加えて行っているところです。

この度、「あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費総括票」「あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費請求書」につきまして元号の変更と受領委任制度の開始に伴い様式・編綴方法を見直し一部変更をいたします。

つきましては、今回の変更点（\_\_下線部）と送付内容を下記のとおり取りまとめましたので、御確認ください。

記

1 本会が取扱う保険者

別紙 1 を参照ください。

(1) 国民健康保険（退職者医療を含む）

鹿児島県内 43 市町村及び医師国保組合・歯科医師国保組合の被保険者及び被扶養者

(2) 後期高齢者医療

鹿児島県後期高齢者医療広域連合の被保険者

※社会保険・鹿児島県外の国保保険者及び後期高齢者医療広域連合は対象外

2 取扱い内容

(1) 国民健康保険の場合、従来の受付・内容点検・支払いに加え、平成 31 年 4 月から審査を実施します。資格の確認については、引き続き保険者と連携のうえ実施します。

(2) 後期高齢者医療の場合、従来の受付・内容点検に加え、平成 31 年 4 月から審査を実施します。本会から広域連合へ情報を連携し、支給・不支給の決定及び支払いは引き続き広域連合が行います。

3 施術療養費総括票・請求書作成について（別紙 2、3 参照）

本会において提出件数及び請求額の確認を行うことから、件数及び費用額の集計値を記載してください。

## 【参考1 (2/14)】

なお、記載方法については別紙2及び別紙3を参照ください。(  が変更点になります)

## 4 支給申請書等の綴り方

- ① マッサージ申請書とはり・きゅう申請書の両方を提出する場合、種類毎に総括票及び請求書を作成・編綴し、提出をお願いします。
- ② 当月分（提出する月の前月施術分）と返戻再請求分等の月遅れ分（提出する月の前月以前の施術分）を一緒に提出する場合、総括票及び請求書は月毎に作成する必要はなく、当月分に件数、金額を合算して総括票は1枚、請求書は保険者ごとに1枚ずつ作成をお願いします。

※返戻再請求分（1度提出したが返戻になった申請書）のみを送付してくる場合や、当月分の総括票及び請求書に返戻再請求分を合算していない場合が多いのでお気をつけください。

当月分をすでに提出済の場合は次月に提出をお願いします。

【例】5月に当月分と月遅れ分のマッサージとはり・きゅう両方を提出する場合、総括票及び請求書は平成31年4月分とし、件数、金額には月遅れ分も含めて記載します。

●マッサージ：鹿児島市（国保）→4月分（当月分）、3月分（月遅れ分）

⇒総括票1枚、請求書1枚

●はり・きゅう：鹿児島市（国保）→4月分（当月分）、3月分（月遅れ分）

鹿屋市（国保）→4月分（当月分）、2月分（月遅れ分）

鹿児島市（後期高齢者）→4月分（当月分）、2月分（月遅れ分）

鹿屋市（後期高齢者）→4月分（当月分）

⇒総括票1枚、請求書3枚

- ③ 療養費支給申請書の他に同意書等の添付する書類がある場合、受療者ごとに申請書を頭にしてホチキス止めをお願いします。（別紙4参照）
- ④ 編綴する際、国保の最後と後期の最後に台紙（厚紙）を差し込み全体を1つで編綴をお願いします。（左上1箇所をコヨリ等の綴じひもで綴じて下さい）
- ※以前のように保険者ごとの編綴は必要ありません。（別紙4参照）

## 5 提出方法について

支給申請書等の提出について、本会に毎月10日（必着）までに提出してください。

## (1) 本会へ送付する場合

ア 個人情報保護と事故防止のために、配達記録が確認出来る方法で送付してください。

イ 封筒へ住所、施術所名を記載してください。

## (2) 本会へ持参する場合

毎月1～10日（8：30～17：00）に、本会（県市町村自治会館3階）で受け付けます。

なお、10日が土曜日、日曜日、祝日の場合は受付を行います。1～9日が土曜日、日曜日、祝日の場合の受付は行いません。

## 6 療養費の振込について

国民健康保険分の振り込みは、受け付けた月の翌月末日の前日（金融機関の営業日）に指

【参考1（3／14）】

定口座に振り込みます。

後期高齢者医療分は、引き続き後期高齢者医療広域連合からの振り込みになります。

- 7 療養費支給申請書請求時留意事項及び誤り事例（別紙5参照）
- 8 鹿児島県内保険者の受領委任取扱い開始年月日一覧（平成31年4月1日現在）（別紙6参照）

【提出先及び問い合わせ先】

〒890-0064

鹿児島県鹿児島市鴨池新町7番4号

鹿児島県市町村自治会館3階

鹿児島県国民健康保険団体連合会

審査管理課 療養費係

TEL：099-206-1086

FAX：099-206-1085

担当者：永里・前原

【参考1（4／14）】

【別紙1】

## 保 険 者 番 号 一 覧 表

| 保 険 者 名   | 保 険 者 番 号 |
|-----------|-----------|
| 鹿 児 島 市   | 460014    |
| 鹿 屋 市     | 460030    |
| 枕 崎 市     | 460048    |
| 阿 久 根 市   | 460063    |
| 奄 美 市     | 460071    |
| 出 水 市     | 460089    |
| 伊 佐 市     | 460097    |
| 指 宿 市     | 460105    |
| 西 之 表 市   | 460139    |
| 垂 水 市     | 460147    |
| 薩 摩 川 内 市 | 460154    |
| 日 置 市     | 460162    |
| 曾 於 市     | 460170    |
| いちき串木野市   | 460188    |
| 南 さ つ ま 市 | 460196    |
| 霧 島 市     | 460204    |
| 志 布 志 市   | 460212    |
| 南 九 州 市   | 460220    |
| 始 良 市     | 460238    |
| 長 島 町     | 460840    |
| 大 崎 町     | 461046    |
| 東 串 良 町   | 461061    |
| 中 種 子 町   | 461145    |

| 保 険 者 名  | 保 険 者 番 号 |
|----------|-----------|
| 南 種 子 町  | 461152    |
| 三 島 村    | 461186    |
| 十 島 村    | 461194    |
| 大 和 村    | 461202    |
| 宇 検 村    | 461210    |
| 瀬 戸 内 町  | 461228    |
| 龍 郷 町    | 461244    |
| 喜 界 町    | 461269    |
| 徳 之 島 町  | 461277    |
| 天 城 町    | 461285    |
| 伊 仙 町    | 461293    |
| 和 泊 町    | 461301    |
| 知 名 町    | 461319    |
| 与 論 町    | 461327    |
| さ つ ま 町  | 461335    |
| 湧 水 町    | 461343    |
| 錦 江 町    | 461350    |
| 南 大 隅 町  | 461368    |
| 肝 付 町    | 461376    |
| 屋 久 島 町  | 461384    |
| 医師国保組合   | 463018    |
| 歯科医師国保組合 | 463026    |

【参考1 (5/14)】

## 後 期 高 齢 者 医 療 保 険 者 番 号 一 覧 表

|                     |          |
|---------------------|----------|
| 県後期高齢者医療<br>広 域 連 合 | 39460001 |
|---------------------|----------|

← 請求書に記載する代表番号で  
す。

| 保 険 者 名   | 保 険 者 番 号 |
|-----------|-----------|
| 鹿 児 島 市   | 39462015  |
| 鹿 屋 市     | 39462031  |
| 枕 崎 市     | 39462049  |
| 阿 久 根 市   | 39462064  |
| 出 水 市     | 39462080  |
| 指 宿 市     | 39462106  |
| 西 之 表 市   | 39462130  |
| 垂 水 市     | 39462148  |
| 薩 摩 川 内 市 | 39462155  |
| 日 置 市     | 39462163  |
| 曾 於 市     | 39462171  |
| 霧 島 市     | 39462189  |
| いちき串木野市   | 39462197  |
| 南 さ つ ま 市 | 39462205  |
| 志 布 志 市   | 39462213  |
| 奄 美 市     | 39462221  |
| 南 九 州 市   | 39462239  |
| 伊 佐 市     | 39462247  |
| 始 良 市     | 39462254  |
| 三 島 村     | 39463039  |
| 十 島 村     | 39463047  |
| さ つ ま 町   | 39463922  |

| 保 険 者 名 | 保 険 者 番 号 |
|---------|-----------|
| 長 島 町   | 39464045  |
| 湧 水 町   | 39464524  |
| 大 崎 町   | 39464680  |
| 東 串 良 町 | 39464821  |
| 錦 江 町   | 39464904  |
| 南 大 隅 町 | 39464912  |
| 肝 付 町   | 39464920  |
| 中 種 子 町 | 39465018  |
| 南 種 子 町 | 39465026  |
| 屋 久 島 町 | 39465059  |
| 大 和 村   | 39465232  |
| 宇 検 村   | 39465240  |
| 瀬 戸 内 町 | 39465257  |
| 龍 郷 町   | 39465273  |
| 喜 界 町   | 39465299  |
| 徳 之 島 町 | 39465307  |
| 天 城 町   | 39465315  |
| 伊 仙 町   | 39465323  |
| 和 泊 町   | 39465331  |
| 知 名 町   | 39465349  |
| 与 論 町   | 39465356  |

※申請書用の後期高齢者医療保険者番号記載時の参考にしてください。

【参考1（6／14）】

施術機関 ⇒ 国保連合会

|   |                          |    |         |
|---|--------------------------|----|---------|
| 種 | <input type="checkbox"/> | 04 | マッサージ用  |
| 類 | <input type="checkbox"/> | 05 | はり・きゅう用 |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ※<br>パ<br>ッ<br>チ<br>欄 |  |
|-----------------------|--|

令和      年      月分

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| 登録記号番号      | <input type="text"/> |
| 施術所の所在地及び名称 | <input type="text"/> |
| 施術管理者名      | <input type="text"/> |
| 電話番号        | <input type="text"/> |

### あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費総括票

| 保険者名等 | 件 数 | 費 用 額 |
|-------|-----|-------|
|       | 件   | 円     |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
| 合 計   |     |       |
| 振込先   |     |       |
| (通信欄) |     |       |

【参考1 (7/14)】

【別紙2】  
施術機関 ⇒ 国保連

04 マッサージ用  
05 針灸・灸用

厚生局から付番された登録記号番号をー(ハイフン)を省いて10桁記載してください。

該当する施術に✓をしてください。

令和 年 月 分

療養費支給申請書の施術月を記載してください。複数月提出の場合は、直近の施術月を記載してください。

登録記号番号

施術所の所在地及び名称

厚生局に届け出た施術所の所在地及び名称を記載してください。

施術管理者名

電話番号

厚生局に届け出た施術所の施術管理者名及び電話番号を記載してください。

きゅう施術療養費総括票

| 保険者名等                                                                                    | 件数                                            | 費用額                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                          | 件                                             | 円                                                         |
| 保険者番号の若い順に保険者名を記載してください。<br>例：鹿児島市<br>鹿屋市<br>枕崎市<br>・<br>・<br>・<br>※別添の保険者番号一覧表をご確認ください。 | 保険者毎に国保・退職該当者を併せた療養費支給申請書の件数を記載してください。        | 保険者毎にまとめた施術に要した費用額(合計額)を記載してください。<br>※保険者へ請求する請求額ではありません。 |
| 後期高齢者の場合、「県後期高齢者医療広域連合」と記載し、県内の後期高齢者医療保険者の合計を記載してください。                                   |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
|                                                                                          |                                               |                                                           |
| 合 計                                                                                      | 国保・退職該当者、後期高齢者を併せた施術に要した合計件数及び合計費用額を記載してください。 |                                                           |
| 振込先                                                                                      |                                               |                                                           |
| (通信欄)                                                                                    |                                               |                                                           |

【参考1 (8/14)】

施術機関 ⇒ 国保連合会

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 登録記号番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術所の名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和 年 月分

## あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費請求書

保険者番号

|    |  |    |         |
|----|--|----|---------|
| 種類 |  | 04 | マッサージ用  |
|    |  | 05 | はり・きゅう用 |

保 険 者 名 殿

| 区 分  |     |     | 件 数 | 施術に要した費用額 | 一部負担金 | 請求金額 |
|------|-----|-----|-----|-----------|-------|------|
| 請 求  | 9 割 |     | 件   | 円         | 円     | 円    |
|      | 8 割 |     |     |           |       |      |
|      | 7 割 |     |     |           |       |      |
| ※決 定 | 9 割 |     |     |           |       |      |
|      | 8 割 |     |     |           |       |      |
|      | 7 割 |     |     |           |       |      |
| ※返 戻 | 事前分 | 9 割 |     |           |       |      |
|      |     | 8 割 |     |           |       |      |
|      |     | 7 割 |     |           |       |      |
| ※誤 算 | 9 割 |     |     |           |       |      |
|      | 8 割 |     |     |           |       |      |
|      | 7 割 |     |     |           |       |      |



【参考1 (9/14)】

【別紙3】

施

厚生局から付番された登録記号  
番号をー(ハイフン)を省いて10  
桁記載してください。

登録記号番号

施術所の名称

厚生局に届け出た施術所の名称  
を記載してください。

令和

年

月

療養費支給申請書の施術月を記載してください。複数  
月提出の場合は、直近の施術月を記載してください。

## あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費請求書

|    |                          |    |         |
|----|--------------------------|----|---------|
| 種類 | <input type="checkbox"/> | 04 | マッサージ用  |
|    | <input type="checkbox"/> | 05 | はり・きゅう用 |

保険者番号

保険者名

別添の保険者番号一覧を参考に保険者番号及び保険  
者名を記載してください。保険者毎に作成してください。  
また、後期高齢者医療分を記載する場合、保険者番号  
は39460001を記載し保険者名は後期高齢者医療広域  
連合と記載してください。

該当する施術に✓をしてください。

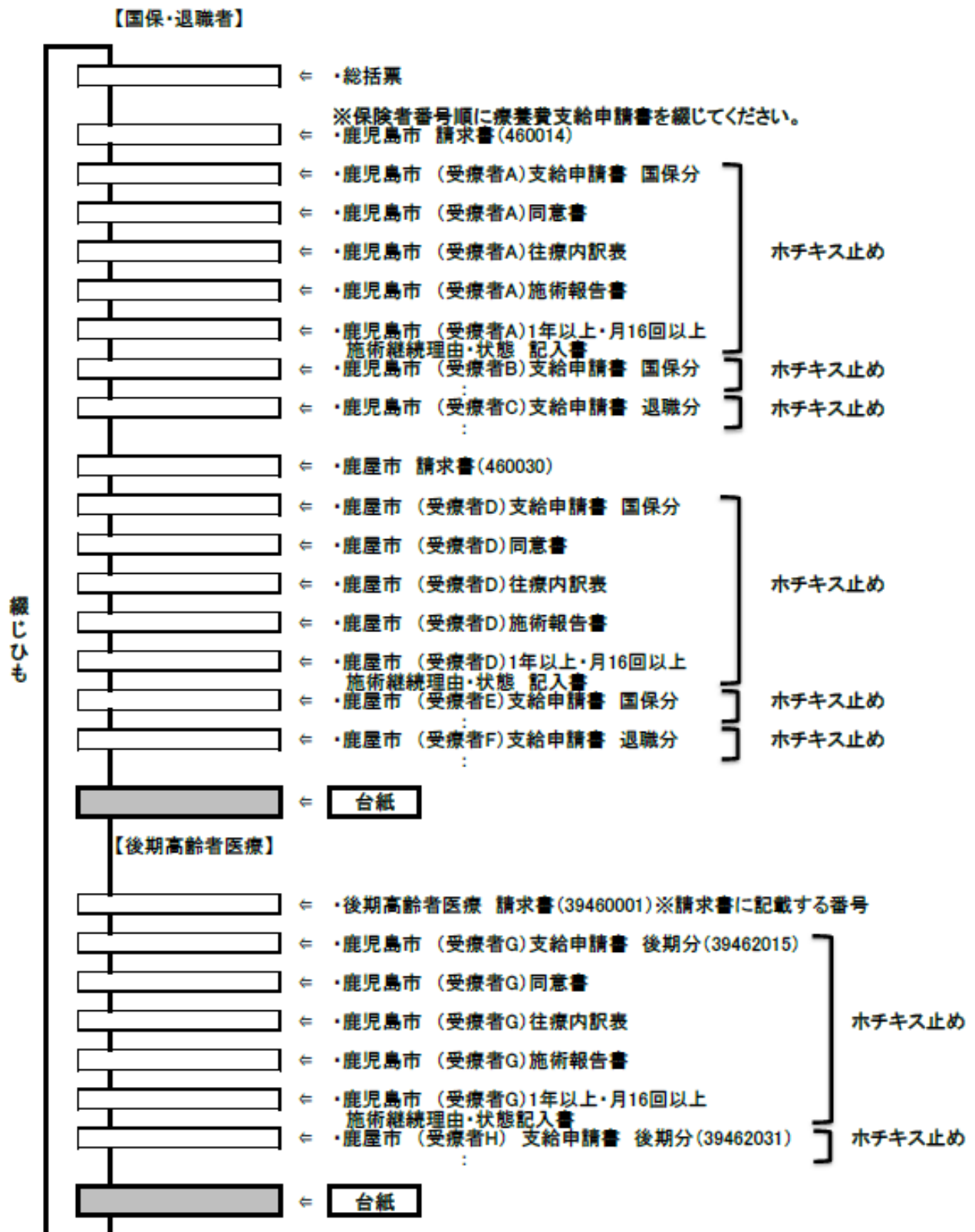
| 区   | カ   | 件数                                                           | 施術に要した費用額 | 一部負担金                                | 請求金額 |
|-----|-----|--------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|------|
| 請求  | 9 割 | 件                                                            | 円         | 円                                    | 円    |
|     | 8 割 | 各申請書の給付割合をもとに集計し、(申請書の)件数、施術に要した費用額(合計額)、一部負担金、請求額を記載してください。 |           | 請求金額は保険者へ請求する(9割、8割、7割分の)額を記載してください。 |      |
|     | 7 割 |                                                              |           |                                      |      |
| ※決定 | 9 割 |                                                              |           |                                      |      |
|     | 8 割 |                                                              |           |                                      |      |
|     | 7 割 |                                                              |           |                                      |      |
| ※返戻 | 事前分 | 9 割                                                          |           |                                      |      |
|     |     | 8 割                                                          |           |                                      |      |
|     |     | 7 割                                                          |           |                                      |      |
| ※誤算 |     | 9 割                                                          |           |                                      |      |
|     |     | 8 割                                                          |           |                                      |      |
|     |     | 7 割                                                          |           |                                      |      |

【参考1 (10/14)】

## 【別紙4】

## 施術療養費総括票と施術療養費請求書及び療養費支給申請書の編綴方法について

●以下の順番を例にコヨリ等の綴じひもで左上1箇所を綴じて下さい。



【参考1 (11/14)】

【別紙5】

## 療養費支給申請書請求時留意事項及び誤り事例

## 【申請書】

| 項番 | 箇所                | 誤り内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 様式                | ・受領委任取扱い開始後の保険者分で厚労省が定める統一様式の様式第6号(はり・きゅう)と様式第6号の2(あんま・マッサージ)で請求していない。<br>※受領委任取扱い開始後は統一様式でないと認められません。                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2  | 保険者番号             | ・記載もれ。<br>※保険者番号欄のない様式を使用している場合は申請書の左上部の空いているスペースに記載をしていただきたい。(受領委任開始後は様式第6号と様式第6号の2へ統一様式となります)<br>・国保の保険者番号の頭に39が記載されている。<br>・退職者該当で頭に67が抜けている。<br>・65歳に到達しているが退職の番号が記載されている。<br>※退職に関しては、65歳に到達する前までとなります。<br><br>●保険ごとの規格は以下のとおりです。<br><br>(国保→46から始まる6桁の数字 (46○○○○))<br>(退職→6746から始まる8桁の数字(6746○○○○))<br>(後期→3946から始まる8桁の数字(3946○○○○)) |
| 3  | 被保険者番号<br>(記号・番号) | ・番号が誤っている。<br>・記号と番号が区別なく記載されている。<br>(例)01・2345や01-2345等のように記号と番号を区別して記載すべきだが、012345と記載されている。<br>・前ゼロが抜けている。<br>(例)番号が01234567の場合、1234567と記載されている。                                                                                                                                                                                         |
| 4  | 性別                | ・性別が誤っている。<br>・性別の○の記載もれ。<br>※性別欄のない様式を使用している場合は氏名欄の右端に記載をしていただきたい。(受領委任開始後は様式第6号と様式第6号の2へ統一様式となります)                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5  | 生年月日              | ・生年月日が誤っている。<br>・記載もれ。<br>・元号の○の記載もれ。                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6  | 初療年月日             | ・記載もれ。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7  | 施術期間              | ・記載もれ。<br>・(至)日にちの不備。(30日までしかない月に31日と記載)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8  | 実日数               | ・記載もれ。<br>・施術回数、施術日欄の○の数と不一致。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9  | 施術内容欄<br>(各金額)    | ・回数、金額の記載もれ。<br>・横計、縦計が誤っている。<br>※一部負担金欄、請求額欄のない様式を使用している場合は摘要欄に記載をしていただきたい。(受領委任開始後は様式第6号と様式第6号の2へ統一様式となります)                                                                                                                                                                                                                              |
| 10 | 施術日欄              | ・○の記載もれ。<br>・○の数と施術回数、実日数の不一致。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11 | 施術証明欄             | ・施術管理者以外の代理人が受領の委任を受ける場合で「療養費の受領を下記の代理人に委任します。」のコメント記載もれ。<br>※施術管理者と代理人が異なる場合は「上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。」の次(又は欄外等)に記載が必要です。<br>・登録記号番号の記載もれ。<br>※受領委任開始後は「登録記号番号(又は申し出た施術者登録番号)」となっていますが、原則、登録記号番号を記載するとなっており、施術者登録番号は併せて記載しても差し支えないとなっています。                                                                                                |



## 【参考1 (12/14)】

|    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | 申請欄   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請先が保険者と異なっている。<br/>(例1)保険者は国保だが、申請先が「鹿児島県後期高齢者医療広域連合長殿」となっている。</li> <li>(例2)申請先が「鹿児島県国民健康保険団体連合会殿」となっている。</li> </ul> ※提出先はH30.4月より国保連合会となっていますが、申請欄はこれまでと変わらず、保険者が申請先となるため、国保の場合は、「鹿児島市長」等の各保険者長、後期の場合は、「鹿児島県後期高齢者医療広域連合長」となります。 |
| 13 | 同意記録欄 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・同意年月日等の記載もれ。</li> </ul> ※同意書の原本の添付がない場合は記載が必要です。<br>また、原本の添付がある場合でも、変形徒手矯正術で月の途中で同意書の交付があり、申請書に当該同意書に基づく施術と先月交付の同意書に基づく施術がある場合は、申請書の「同意記録」の各欄には前月交付の同意書に係る内容を記入することとなっています。                                                       |
| 14 | その他   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・各必要箇所への印鑑もれ(申請書に添付する他の書類も同様)。</li> <li>・申請書の往療料と往療内訳表の内容の不一致。</li> </ul>                                                                                                                                                          |

## 【同意書・診断書】

| 項番 | 箇所   | 誤り内容                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原本の添付もれ</li> </ul> ※療養費の支給可能期間の最初の月は同意書(診断書)原本の添付が必要となります。                                                                                                                                     |
| 2  | 様式   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・H30.10月より改正があり、様式が厚労省の定める統一様式へと変更となっているが、旧様式を使用している。</li> </ul> ※H30.10月分以降は改正後の統一様式でないと認められません。                                                                                               |
| 3  | 診察日欄 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・記載もれ。</li> <li>・診察日が同意日より後の記載になっている。</li> </ul> ※H30.10月の改正より口頭同意は認められなくなっており、必ず診察をした上で同意書は交付するとなっておりますので、同意にあたり診察を行った直近の診察日を記載する必要があります。同意書を交付するのは医療機関となりますが、同意書を元に施術を行う際は記載不備がないかの確認をお願いします。 |

## 【施術報告書・施術報告書交付料】

| 項番 | 誤り内容                                                                                                                                                                                                         |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施術報告書交付料の請求があるが、施術報告書(写し)の添付がもれている。</li> </ul> ※施術報告書交付料(300円)を請求する際は、施術報告書(写し)の添付が必要です。                                                                             |
| 2  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・H30.9月以前の申請書で施術報告書交付料を請求している。</li> </ul> ※施術報告書交付料(300円)については、H30.10月以降の施術おける状況等を施術報告書に記入し、同月中に交付した場合に支給できるようになっていますので、9月以前の施術について施術報告書に記入する場合や9月以前に交付した場合は支給はできません。 |
| 3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施術報告書交付料の請求月と施術報告書交付月が異なっている。</li> </ul> ※施術報告書交付料(300円)は、施術報告書にその月の施術における状況等を施術報告書に記入し同月中に交付した場合に支給できるようになっていますので、交付月の申請書において請求しなければなりません。                          |
| 4  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施術報告書交付料を変形徒手矯正術以外で連月請求している。</li> </ul> ※施術報告書交付料(300円)は、施術報告書を交付した月の前5ヶ月の期間に係る療養費の支給で施術報告書交付料が支給されていない場合に支給できるようになっています。(変形徒手矯正術を除く)                                |

## 【参考1 (13/14)】

## 【総括票・請求書】

鹿児島県独自で添付をお願いしている総括票・請求書は受領委任制度が始まってからも引き続き添付をお願いいたします。

※厚労省が示している、総括票(Ⅰ)と総括票(Ⅱ)は必要ありません。

| 項番 | 誤り内容                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 総括票・請求書の添付がもれている。                                                                                                                                                                                                                       |
| 2  | 「あんま、マッサージ」と「はり、きゅう」でそれぞれ請求書は作成されているが、総括票が1つにまとめられている。                                                                                                                                                                                  |
| 3  | 「あんま、マッサージ」と「はり、きゅう」の申請書が1つにまとめられて編綴等されている。                                                                                                                                                                                             |
| 4  | 総括票・請求書の件数や金額に返戻再請求分を含めていない。(当月分のみ集計し、返戻再請求分を省いている。又は施術月ごとに総括票・請求書を作成してきている。)<br>※総括票・請求書には返戻再請求分や月遅れ分であっても、その月に提出する総括票・請求書に件数、金額ともに含めて記載してください。<br>(例)1つの保険者の中で、H30年10月分、9月分、7月分の申請書があった場合、総括票・請求書はH30年10月分とし、件数、金額には9月分と7月分も含めて記載します。 |
| 5  | 総括票の費用額欄に、保険者へ請求する請求額が記載されている。<br>※費用額欄には10割分の合計額を記載してください。                                                                                                                                                                             |
| 6  | 総括票を保険者ごとに作成している。<br>※保険者ごとに必要なのは請求書のみで、総括票は「あんま、マッサージ」と「はり、きゅう」それぞれ1枚ずつとなります。                                                                                                                                                          |

【参考1 (14/14)】

## 【別紙6】

## 【鹿児島県内保険者の受領委任取扱い開始年月日一覧】

| 保険者番号    | 保険者等の名称          | 委任開始年月日   |
|----------|------------------|-----------|
| 00460014 | 鹿児島市             |           |
| 00460030 | 鹿屋市              | 平成31年1月1日 |
| 00460048 | 枕崎市              | 平成31年4月1日 |
| 00460063 | 阿久根市             | 平成31年1月1日 |
| 00460071 | 奄美市              | 平成31年1月1日 |
| 00460089 | 出水市              | 平成31年1月1日 |
| 00460097 | 伊佐市              | 平成31年1月1日 |
| 00460105 | 指宿市              | 平成31年1月1日 |
| 00460139 | 西之表市             | 平成31年1月1日 |
| 00460147 | 垂水市              | 平成31年1月1日 |
| 00460154 | 薩摩川内市            | 平成31年1月1日 |
| 00460162 | 日置市              | 平成31年1月1日 |
| 00460170 | 曾於市              | 平成31年1月1日 |
| 00460188 | いちき串木野市          | 平成31年1月1日 |
| 00460196 | 南さつま市            | 平成31年1月1日 |
| 00460204 | 霧島市              | 平成31年1月1日 |
| 00460212 | 志布志市             | 平成31年1月1日 |
| 00460220 | 南九州市             | 平成31年1月1日 |
| 00460238 | 始良市              | 平成31年1月1日 |
| 00460840 | 長島町              | 平成31年1月1日 |
| 00461046 | 大崎町              | 平成31年1月1日 |
| 00461061 | 東串良町             | 平成31年1月1日 |
| 00461145 | 中種子町             | 平成31年1月1日 |
| 00461152 | 南種子町             | 平成31年1月1日 |
| 00461186 | 三島村              | 平成31年1月1日 |
| 00461194 | 十島村              | 平成31年4月1日 |
| 00461202 | 大和村              | 平成31年1月1日 |
| 00461210 | 宇検村              | 平成31年1月1日 |
| 00461228 | 瀬戸内町             | 平成31年1月1日 |
| 00461244 | 龍郷町              | 平成31年1月1日 |
| 00461269 | 喜界町              | 平成31年1月1日 |
| 00461277 | 徳之島町             | 平成31年1月1日 |
| 00461285 | 天城町              | 平成31年1月1日 |
| 00461293 | 伊仙町              | 平成31年1月1日 |
| 00461301 | 和泊町              | 平成31年1月1日 |
| 00461319 | 知名町              | 平成31年1月1日 |
| 00461327 | 与論町              | 平成31年1月1日 |
| 00461335 | さつま町             | 平成31年1月1日 |
| 00461343 | 湧水町              | 平成31年1月1日 |
| 00461350 | 錦江町              | 平成31年1月1日 |
| 00461368 | 南大隅町             | 平成31年1月1日 |
| 00461376 | 肝付町              | 平成31年1月1日 |
| 00461384 | 屋久島町             | 平成31年1月1日 |
| 00463018 | 鹿児島県医師国民健康保険組合   |           |
| 00463026 | 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合 | 平成31年4月1日 |
| 39460001 | 鹿児島県後期高齢者医療広域連合  | 平成31年4月1日 |

### 3. 申請書の記載要領について

#### ＜留意事項＞

- ・申請書の記載要領については、柔整は「療養費の支給基準」に掲載されている記載要領に、あはきは疑義解釈資料（厚生労働省保険局医療課 平成 30 年 12 月 27 日付け事務連絡「はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について」）に沿った記載をお願いします。

＜よくある問い合わせ＞

（１）保険種別・単併区分・本家区分・給付割合の記載について

Q.給付割合の「○」の表記がずれてしまいますが、問題ないでしょうか。

A.該当する区分を「○」で囲むことになっておりますが、表記がずれて「○」がどこにもかかっていない場合が多く見受けられます。

例）給付割合      10   ・   9  
                     8   ○   7

判断ができませんので、必ずどの部分にかかるのかわかるように、「○」の表示をしていただきますようお願いいたします。

## 4.その他

<よくある問い合わせ>

(1) レセプト等の問い合わせ先について

Q.レセプト・乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票・特定健診等の提出先は異なるのでしょうか。問い合わせ先を教えてください。

A.請求内容によって、担当係が異なります。また、医科、調剤、訪問看護ステーションは、所在地によっても担当を分けておりますので、参考を参照ください。(参考1を参照ください—P.22へ)



## 【参考1 (1/2)】

平成31年4月受付現在

| 担当     |             | 医 科                                                                                                                                                                    | 調 剤      | 訪問看護ステーション                                                                                                                                                    | 電話番号         |
|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 課      | 係           |                                                                                                                                                                        |          |                                                                                                                                                               |              |
| 一<br>課 | 一<br>係      | ・ 高 点 分 (8万点以上)                                                                                                                                                        |          |                                                                                                                                                               | 099-206-1041 |
|        | 二<br>係      |                                                                                                                                                                        | ・ 鹿児島市以外 |                                                                                                                                                               | 099-206-1042 |
| 二<br>課 | 一<br>係      | ・ 鹿児島市 (01,1687,5 ～ 01,2432,5)<br>・ 06阿久根市      ・ 16日置市<br>・ 31熊毛郡          ・ 32大島郡<br>・ 42奄美市          ・ 43南九州市<br>・ 44伊佐市          ・ 60県立                            |          | ・ 01鹿児島市 (01.9001.0～01.9047.3)<br>・ 06阿久根市      ・ 16日置市<br>・ 31熊毛郡          ・ 32大島郡<br>・ 42奄美市          ・ 43南九州市<br>・ 44伊佐市                                   | 099-206-1044 |
|        | 二<br>係      | ・ 鹿児島市 (01,2433,3 ～ )<br>・ 04枕崎市          ・ 08出水市<br>・ 13西之表市      ・ 15薩摩川内市<br>・ 17曾於市          ・ 18いちき串木野市<br>・ 25薩摩郡          ・ 29曾於郡<br>・ 30肝属郡<br>・ 80国立          |          | ・ 01鹿児島市 (01.9048.1～01.9083.8)<br>・ 04枕崎市          ・ 08出水市<br>・ 13西之表市      ・ 15薩摩川内市<br>・ 17曾於市          ・ 18いちき串木野市<br>・ 25薩摩郡          ・ 29曾於郡<br>・ 30肝属郡  | 099-206-1045 |
|        | 三<br>係      | ・ 鹿児島市 (01,1036,5 ～ 01,1681,8)<br>・ 03鹿屋市          ・ 10指宿市<br>・ 14垂水市          ・ 19霧島市<br>・ 21鹿児島郡      ・ 26出水郡<br>・ 28姶良郡          ・ 40南さつま市<br>・ 41志布志市      ・ 45姶良市 |          | ・ 01鹿児島市 (01.9085.3～)<br>・ 03鹿屋市          ・ 10指宿市<br>・ 14垂水市          ・ 19霧島市<br>・ 21鹿児島郡      ・ 26出水郡<br>・ 28姶良郡          ・ 40南さつま市<br>・ 41志布志市      ・ 45姶良市 | 099-206-1046 |
| 一<br>課 | 歯<br>科<br>係 | ・ 歯 科                                                                                                                                                                  | ・ 鹿児島市   |                                                                                                                                                               | 099-206-1039 |

## 【参考1 (2/2)】

| 担当課    | 担当係   | 請求内容                                                                                  | 電話番号                         |
|--------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 審査管理課  | 審査管理係 | ・ 特別療養費                                                                               | 099-206-1037                 |
|        | 調整係   | ・ 出産育児一時金<br>・ 風しん追加的対策に係る請求                                                          | 099-206-1038                 |
|        | 療養費係  | ・ 柔道整復施術療養費支給申請<br>・ 乳幼児医療費助成事業<br>・ ひとり親家庭等医療費助成事業<br>(龍泉川内市及びさつま町の機関のみ)<br>・ あはき療養費 | 099-206-1086                 |
| 介護保険課  | 介護保険係 | ・ 介護給付費明細書<br>・ 障害介護給付費等明細書                                                           | 099-206-1084<br>099-206-1090 |
| 保険者支援課 | 保健事業係 | ・ 特定健診・特定保健指導等請求データ等<br>・ 特定健診情報提供票                                                   | 099-206-1033                 |

## 5.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成事業関係について

### (1) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の請求方法について

Q.媒体での請求時において、支払明細個票送付書は必要でしょうか。

A.媒体・個票問わず、必ず支払明細個票送付書を添付してください。(参考1を参照ください—P.27へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

### (2) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の月遅れ分の請求方法について

Q.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成で月遅れ分を請求する際はどのように編綴するのでしょうか。

A.当月分(提出する月の前月診療分)と月遅れ分(提出する月の前月以前の診療分)と一緒に提出する際は、送付票一枚を添付して一冊に綴じてください。(参考2を参照ください—P.29へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

### (3) 電子媒体(CD-R)への記載について

Q.CDのレーベル面への記載事項等を教えてください。

A.レーベル面に直接油性マジック等で記載してください。ラベルシールは使用しないでください。記載方法は連合会ホームページの「乳幼児医療助成事業関係」を御覧ください。(参考1を参照ください—P.27へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

### (4) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の紙媒体から電子媒体への変更について

Q.乳幼児医療等の紙媒体から電子媒体へ変更する場合、届け出の様式はありますか。

A.様式・届け出等は、必要ありません。

### (5) 自動償還システムの入手方法について

Q.紙媒体から電子媒体の提出へ変更したいのですがどうすればよいでしょうか。

A.連合会ホームページから無償の自動償還システムをダウンロードすることができます。

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係

(6) 提出済の乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票またはデータに誤りがあった場合について

Q.提出済の個票またはデータに誤りがあった場合、どのようにすればよいでしょうか。

(①当月分 ②前月以前に提出した分について)

A.

①連合会ホームページに乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の取下げ依頼書がありますので、それぞれダウンロードし記載の上、月半ばまでに国保連合会へ郵送してください。

②連合会ホームページに乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の「自己負担額差額発生報告書」、「報告内容変更報告書」がありますので、それぞれダウンロードし記載の上、該当保険者へ郵送してください。

【ホームページの参照先】

取下げ依頼（乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成）

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係・ひとり親家庭等医療費助成事業関係

自己負担額差額発生報告書、報告内容変更報告書（乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成）

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 乳幼児医療助成事業関係・ひとり親家庭等医療費助成事業関係 → 様式集

(7) 乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日について

Q.乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の提出締切日を教えてください。

A.毎月 10 日までとなります。郵便・宅配便等についても同様に締切は 10 日到着分までとなります。

(参考 3 を参照ください—P.35 へ)

【ホームページの参照先】

連合会ホームページ → 柔道整復施術機関の皆様へ → 受付締切日・郵送先・担当係一覧表・支払日

(8) レセプト等の問い合わせ先について

Q.レセプト・乳幼児及びひとり親家庭等医療費助成の個票・特定健診等の提出先は異なるのでしょうか。問い合わせ先を教えてください。

A.請求内容によって、担当係が異なります。また、医科、調剤、訪問看護ステーションは、所在地によっても担当を分けておりますので、参考を参照ください。(4.その他を参照ください—P.22、23へ)

## 【参考1（1／2）】

## 乳幼児医療費自己負担額支払明細個票提出時の注意事項

## 1 受付締切

- ・乳幼児医療費自己負担額支払明細個票（以下「明細個票」）の受付締切日は毎月10日です。
- ・郵便・宅配便等の送付につきましても同様に締切は10日到着分までとなります。

## 2 乳幼児医療費自己負担額支払明細送付書の提出について

- ・明細個票を提出される場合は、媒体（CD-R、FD、紙）と併せて乳幼児医療費自己負担額支払明細送付書の提出をお願いします。

## 3 電子記録媒体（CD-R、FD）の提出について

- ・電子記録媒体の保護ケース

電子記録媒体が破損する場合がありますので、プラスチックケースに入れて提出してください。

- ・控用データの作成

提出された電子記録媒体は返却いたしませんので、作成データについては、正副各1枚作成し、正の電子記録媒体を提出してください。

- ・電子記録媒体への記載

## ①CD-R

以下の記載例を参考にCD-Rのレーベル面に直接油性マジック等で記載してください。ラベルシールは使用しないでください。

記載例

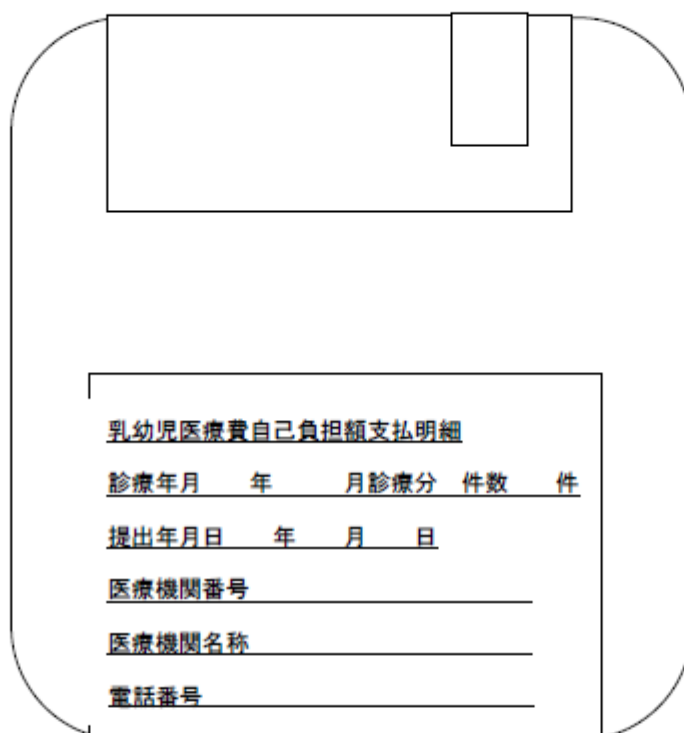


## 【参考1（2／2）】

## ②FD（フロッピーディスク）

フロッピーディスクの場合は、ラベルシールに記載し、貼付してください。

## 記載例



The diagram shows a floppy disk with a label area. The label contains the following text:

乳幼児医療費自己負担額支払明細

| 診療年月   | 年 | 月 | 診療分 | 件数 | 件 |
|--------|---|---|-----|----|---|
| 提出年月日  | 年 | 月 | 日   |    |   |
| 医療機関番号 |   |   |     |    |   |
| 医療機関名称 |   |   |     |    |   |
| 電話番号   |   |   |     |    |   |

## ※注意事項

医療機関番号、件数の記入漏れが多く見られます。提出の際は、記載漏れがないか再度ご確認ください。

## ※FD（フロッピーディスク）での提出について

フロッピーディスクは生産が終了しております。フロッピーディスクの在庫がなくなった場合は、CD-Rでの提出をお願いいたします。



## 【参考2（1／6）】

## 4 紙媒体の提出について

乳幼児医療費自己負担額支払明細送付票（以下「送付票」）と乳幼児医療費自己負担額支払明細個票（以下「明細個票」）を一緒に綴じて提出してください。

## ※注意事項

送付票の添付漏れが多く見られます。提出の際は、送付票も併せて提出してください。

## （1）記載方法

送付票…別紙1を参照ください。

明細個票…別紙2を参照ください。

## （2）綴じ方

## 綴じる順番

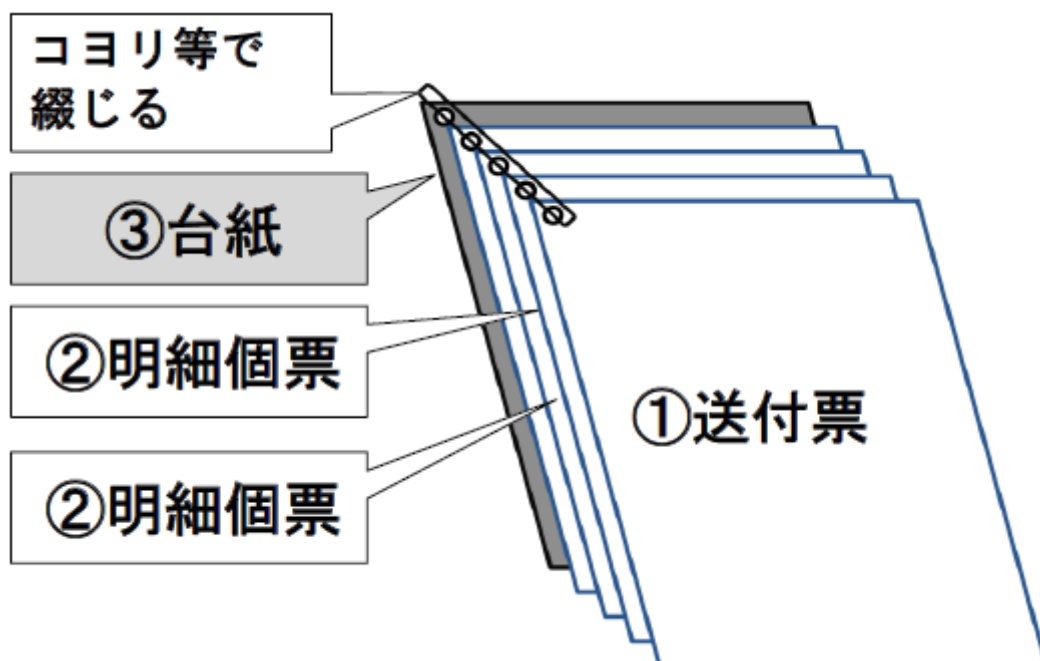
①送付票 1枚

②明細個票（月遅れ提出分（提出する月の前月より前の診療分）も含めます）。

③厚紙等の台紙

①～③をまとめてコヨリ等で綴じます（枚数が少ない場合はホチキス留めでも可）。

なお、クリップ留めは不可とします。

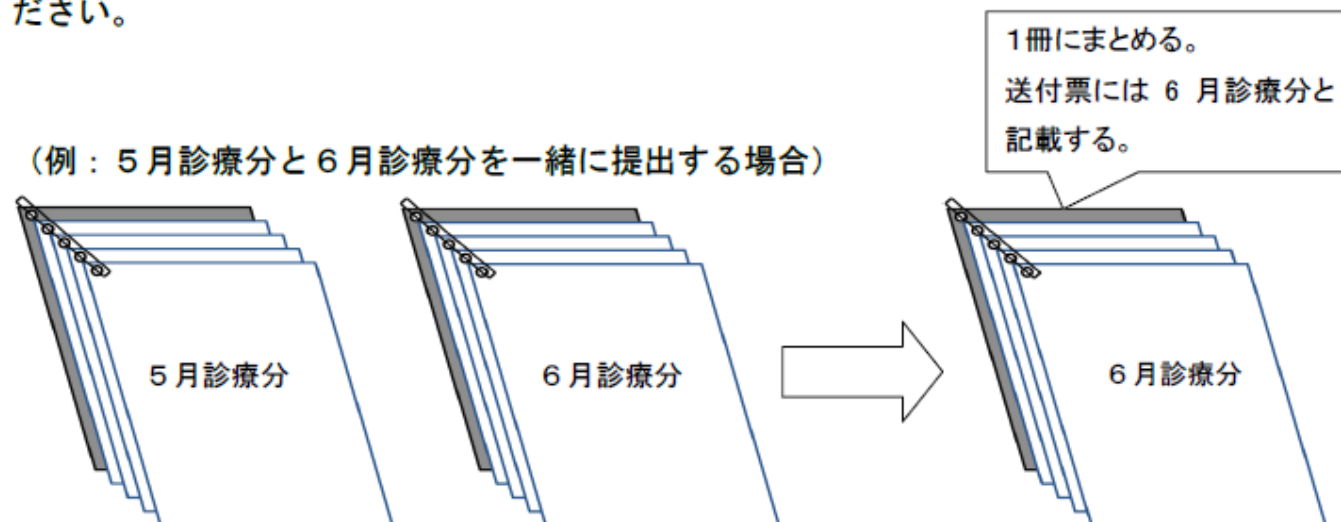


## 【参考2（2／6）】

## ※注意事項

当月分（提出する月の前月診療分）と月遅れ分（提出する月の前月以前の診療分）を一緒に提出する際は、送付票一枚を添付して一冊に綴じてください。

送付票に月遅れ分を含めた件数を記入し、診療年月欄は提出する月の前月を記入してください。



## 5 「乳幼児医療費自己負担額差額発生報告書」「乳幼児医療費報告内容変更報告書」の提出について

提出後に自己負担額に変更等があった場合は、「乳幼児医療費自己負担額差額発生報告書」を作成し、該当市町村へ送付してください。（別紙3を参照ください。）

また、提出後に資格等の誤りにより取消しなどが発生した場合は、「乳幼児医療費報告内容変更報告書」を該当市町村へ送付してください。（別紙4を参照ください。）

(別紙1)

※ 国保連合会へ乳幼児医療費自己負担額支払明細個票を送付する際に添付する。

医療機関→国保連合会 様式1号

乳幼児医療費自己負担額支払明細送付票(医療機関用)

① 令和 年 月 分

② 鹿児島県国民健康保険団体連合会 殿

| 医療機関番号(10桁) |       |          |    |
|-------------|-------|----------|----|
| 県区分         | 市町村区分 | 機関番号(6桁) | CD |
|             |       |          |    |

別添明細個票のとおり送付する。

③ 令和 年 月 日

④ 医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

⑤ 送付件数 件

「明細送付票」及び「明細個票」の作成上の注意事項

①この明細送付票及び明細個票は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に提出する。

②この明細送付票は、医療機関用とする。

③「利用者記入欄」は、原則として、毎月1回、受診時に利用者に書いてもらう。  
なお、翌月以降は、そのコピーを利用することもできる。

④入院・入院外欄は、入院は1、入院外は2に○をする。

⑤保険負担割合欄は、受給者自己負担割合に該当するものに○をする。

⑥自己負担支払額は、利用者が窓口で支払った額を記入する。

⑦実診療年月欄は、実診療年月を記入する。

⑧診療科コードの入力は旧総合病院は必須とする。

|        |           |          |               |             |
|--------|-----------|----------|---------------|-------------|
| 1 内科   | 11 整形外科   | 21 性病科   | 31 麻酔科        | 72 第三内科(大学) |
| 2 精神科  | 12 形成外科   | 22 肛門科   | 33 心療内科       | 73 第一外科(大学) |
| 3 神経科  | 13 美容外科   | 23 産婦人科  | 34 アレルギー科     | 74 第二外科(大学) |
| 4 神経内科 | 14 脳神経外科  | 24 産科    | 35 リウマチ科      |             |
| 5 呼吸器科 | 15 呼吸器外科  | 25 婦人科   | 36 リハビリテーション科 |             |
| 6 消化器科 | 16 心臓血管外科 | 26 眼科    | 49 全科         |             |
| 7 胃腸科  | 17 小児外科   | 27 耳鼻咽喉科 | 50 歯科         |             |
| 8 循環器科 | 18 皮膚泌尿器科 | 28 気管食道科 | 60 調剤         |             |
| 9 小児科  | 19 皮膚科    | 29 理学診療科 | 70 第一内科(大学)   |             |
| 10 外科  | 20 泌尿器科   | 30 放射線科  | 71 第二内科(大学)   |             |

- ①診療年月欄  
提出する月の前月を記入。  
(例: 令和元 年7月提出の場合、令和元 年6月を記入。)
- ②医療機関番号  
・県区分  
・鹿児島県は“46”  
・点数区分  
・医科は“1”  
・歯科は“3”  
・調剤薬局は“4”  
・訪問看護ステーションは“6”  
・機関番号(6桁)・CD  
・保険医療機関コード・保険薬局コードを記入。
- ③送付年月日  
本会へ送付する日付を記入。
- ④医療機関所在地  
名称・開設者・電話番号記入のうえ押印。
- ⑤送付件数  
送付する明細個票の件数を記入。  
※提出する乳幼児医療費自己負担額支払明細個票の合計枚数  
(月遅れ提出分を含む)を記載します。  
記載の際は数え間違いのないようご注意ください。

**（別紙2）** 乳幼児医療費自己負担額を自動償還するため、医療機関で毎月受給者一人につき入院・入院外別に1枚作成し、診療報酬明細書提出締切日の10日までに明細送付票と併せて国保連合会へ提出する。

医療機関→国保連合会 医療機関名 様式1号—1

①

**乳幼児医療費自己負担額支払明細個票**

**利用者記入欄**

|         |          |       |     |
|---------|----------|-------|-----|
| 市町村番号 ② |          | 事業番号  | 1   |
| 受給者番号 ③ |          |       |     |
| フリガナ    |          |       |     |
| 乳幼児氏名 ④ |          |       |     |
| 生年月日 ⑤  | 4:平成5:令和 | 年     | 月 日 |
| 保 険 ⑥   | 1. 国保    | 2. 社保 |     |
| 保険者番号 ⑦ |          |       |     |

**医療機関記入欄**

|            |              |                |
|------------|--------------|----------------|
| 入院・入院外 ⑧   | 1. (入院)      | 2. (入院外)       |
| 保険負担割合 ⑨   | 1. (2割)      | 2. (3割) 3. ( ) |
| 保険診療合計点数 ⑩ |              | 点              |
| 自己負担支払額 ⑪  |              | 円              |
| 実診療年月 ⑫    | 4:平成5:令和     | 年 月            |
| 診療科コード     | ※旧総合病院の場合は記入 |                |
| 備 考        |              |                |

①医療機関名  
機関名を記入。  
(未記入の場合、どこの機関が分からなくなりますので、各個票に記入してください。)

・利用者記入欄  
この欄は利用者及びその利用者の保護者等が記入する欄になりますが、記入漏れや記入誤りが見られますので、医療機関様においても記入漏れや記入誤りがないかご確認ください。

②市町村番号  
市町村番号2桁を記入。(受給資格者証に記載の市町村番号を記入。)

③受給者番号  
受給者番号9桁を記入。(受給資格者証に記載の受給者番号を記入。)

④乳幼児氏名  
受給者の氏名・フリガナを記入。  
(漢字のみでは読みが分からない場合があります。)

⑤生年月日  
受給者の生年月日を記入。  
(1月～9月・1日～9日の場合は右詰めで記入してください。)

⑥保険  
国民健康保険の場合は“1”を、健康保険や共済等の国民健康保険以外の場合“2”を○で囲む。

⑦保険者番号  
国民健康保険や健康保険等の医療保険の保険者番号を記入。  
(被保険者証番号を記入している場合がありますのでご注意ください。)

・医療機関記入欄

⑧入院・入院外  
入院の場合“1”を、入院外の場合“2”を○で囲む。

⑨保険負担割合  
健康保険証の負担割合を記入。  
2割負担の場合“1”を、3割負担の場合“2”を○で囲む

⑩保険診療合計点数  
保険診療に係る点数を記入。

⑪自己負担支払額  
窓口で支払いを受けた額を記入。

⑫実診療年月  
診療年月を記入。

医療機関 → 市町村

(別紙3)

## 乳幼児医療費自己負担額差額発生報告書

医療機関所在地・名称・開設者氏  
名・電話番号を記載様式11号  
No. \_\_\_\_\_

市町村長

医療機関番号を記載

報告日を記載

下記のとおりに報告する。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
名 称  
開 設 者  
電 話報告時の「自己負担支払額」から  
差額発生後の「自己負担支払額」  
との差額を記載

印

| 受給資格者に関する基本情報 |             |     |  | 前回報告した診療情報      |                |                  |      | 差額発生後の診療情報    |      |               |                     | 備考<br>(発生理由) |  |
|---------------|-------------|-----|--|-----------------|----------------|------------------|------|---------------|------|---------------|---------------------|--------------|--|
| 保険            | 乳幼児医療費受給者番号 | 氏 名 |  | 生年月日<br>号 年 月 日 | 入 外<br>号 年 月 日 | 実診療年月<br>号 年 月 日 | 合計点数 | 自己負担<br>支払額 A | 合計点数 | 自己負担<br>支払額 B | 自己負担支払額<br>の差額(A-B) |              |  |
| 1. 国保         |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 2. 社保         |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |
| 国保            |             |     |  | H               |                | 1. 入院            |      |               |      |               |                     |              |  |
| 社保            |             |     |  | R               |                | 2. 入院外           |      |               |      |               |                     |              |  |

- ①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること
- ②この報告書は、医療機関用差額発生報告書とする。
- ③報告書が2枚以上にわたる場合はNo.を記入し、2枚目以降も捺印する。
- ④受給者番号は、乳幼児医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」に○を附す。
- ⑥入外区分欄は、入院の場合は「1. 入院」を、入院外の場合は「2. 入院外」に○を附す。
- ⑦「前回報告した診療情報」は、以前に国保連合会に報告した内容を転記すること。
- ⑧「差額発生後の診療情報」は、減額等により発生し変動した結果のレセプトの点数と自己負担支払額を記入する。
- ⑨「備考」欄には、差額が発生した理由等を記入する。
- ⑩生年月日及び実診療年月欄は、平成の場合は「H」を、令和の場合は、「R」に○を附す。



医療機関 → 市町村

様式12号

(別紙4)

## 乳幼児医療費報告内容変更報告書(医療機関用)

医療機関所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記載

(No. )

市(町村)長

医療機関番号を記載

報告日を記載

下記のとおり報告する。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
名称  
開設者  
電話

印

| 医療機関番号(10桁) |      |          |  |  |  |  |  |    |  |
|-------------|------|----------|--|--|--|--|--|----|--|
| 県区分         | 点検区分 | 機関番号(6桁) |  |  |  |  |  | CD |  |
|             |      |          |  |  |  |  |  |    |  |

| 受給資格者に関する基本情報                   |                            |           |                 | 誤った報告済みの情報  |                 |                     | 今回報告する正しい情報 | 備考 |
|---------------------------------|----------------------------|-----------|-----------------|-------------|-----------------|---------------------|-------------|----|
| 保険                              | 乳幼児資格証受給者番号                | 氏名        | 報告年月<br>号 年 月   | 報告項目        | 報告内容            |                     |             |    |
| 1. 国保<br>2. 社保<br>国保            |                            |           | H R             |             |                 |                     |             |    |
| 1 国保<br>2 社保<br>のいずれかに<br>○を付ける | 乳幼児医療費助成金受給資格者証に記載された番号を記載 | 受給者の氏名を記載 | 国保連合会に報告した年月を記載 | 誤った箇所の項目を記載 | 国保連合会に報告した内容を記載 | 本来報告すべきであった正しい情報を記載 |             |    |
| 1. 国保<br>2. 社保                  |                            |           | H R             |             |                 |                     |             |    |
| 6 1. 国保<br>2. 社保                |                            |           | H R             |             |                 |                     |             |    |
| 7 1. 国保<br>2. 社保                |                            |           |                 |             |                 |                     |             |    |
| 8 1. 国保<br>2. 社保                |                            |           |                 |             |                 |                     |             |    |
| 9 1. 国保<br>2. 社保                |                            |           |                 |             |                 |                     |             |    |
| 10 1. 国保<br>2. 社保               |                            |           | H R             |             |                 |                     |             |    |

医療機関が、国保連合会へ提出後、誤りに気づき提出済みの「明細個票」の内容変更を行う際に、市町村へ提出する。  
(自己負担額の変更については、「自己負担額差額発生報告書(医療機関用)」を提出する。)

- ①この報告書は事業実施主体の市町村に提出すること。
- ②この報告書は、医療機関用報告内容変更報告書とする。
- ③報告書が2枚以上にわたる場合はNo.を記入し、2枚目以降も捺印する。
- ④受給者番号は、乳幼児医療費助成金受給資格者証に記載された番号を転記する。
- ⑤保険区分欄は、国保の場合は「1. 国保」を、社保の場合は「2. 社保」に○を附す。
- ⑥「誤った報告済みの情報」は、以前に国保連合会に報告した情報で誤りのあった内容を転記すること。
- ⑦「今回報告する正しい情報」は、本来報告すべきであった正しい情報を記入する。
- ⑧報告年月欄は、平成の場合は「H」を、令和の場合は、「R」に○を附す。

## 【参考3 (1/2)】

平成31年度 柔道整復施術療養費支給申請書・あはき療養費支給申請書及び乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細個票受付締切・支払予定日

| 請求年月     | 受付締切日  | 支払予定日     | 備考        |
|----------|--------|-----------|-----------|
| 平成31年4月  | 10日(水) | 5月30日(木)  |           |
| 平成31年5月  | 10日(金) | 6月27日(木)  |           |
| 平成31年6月  | 10日(月) | 7月30日(火)  |           |
| 平成31年7月  | 10日(水) | 8月29日(木)  |           |
| 平成31年8月  | 10日(土) | 9月27日(金)  |           |
| 平成31年9月  | 10日(火) | 10月30日(水) |           |
| 平成31年10月 | 10日(木) | 11月28日(木) |           |
| 平成31年11月 | 10日(日) | 12月27日(金) | ※9日(土) 閉所 |
| 平成31年12月 | 10日(火) | 1月30日(木)  |           |
| 平成32年1月  | 10日(金) | 2月27日(木)  |           |
| 平成32年2月  | 10日(月) | 3月30日(月)  |           |
| 平成32年3月  | 10日(火) | 4月28日(火)  |           |

※あはき・はりきゅう及びあん摩・マッサージ・指圧に係る療養費(平成30年4月1日から取扱開始)  
 ◇あはき療養費の支払は国民健康保険分のみで、後期高齢者医療分については今まで同様後期高齢者医療広域連合からの振込になります。

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| 乳幼児・ひとり親家庭等医療費助成<br>事業報告事務手数料支払予定日 | 平成32年4月28日(火) |
|------------------------------------|---------------|

※ 改元後は、新元号の元年と読み替え願います。

※ 受付締切日：毎月10日(土曜、日曜、祝日の場合も受付業務を行います。)

※ 受付時間：午前8時30分から午後5時まで

【参考3（2／2）】

**※ 診療報酬請求書等送付時（郵便・宅配便）のお願い**

◇誤発送がないように送付先は、必ずご確認ください。

送付先      〒890－0064  
鹿児島市鴨池新町7番4号  
（鹿児島県市町村自治会館内）  
  
鹿児島県国民健康保険団体連合会  
  
審査管理課療養費係

◇送付方法について

・個人情報保護と事故防止のために、授受が明確となる（配達記録が残る）方法での送付にご協力ください。

◇送付書の添付について

・乳幼児医療費・ひとり親家庭等自己負担額支払明細個票を提出される際は、件数を記載した送付票と併せて媒体種類（FD、CD、紙）を記載した送付書の添付をお願いします。