

柔道整復療養費支給申請書に係る支払業務の実施について

1. 支払開始時期

- ・平成23年8月施術分より、県内保険者分のみ^の柔道整復療養費支給申請書(国保及び後期高齢者)、福祉医療費支給申請・請求明細書を対象とします。
(平成23年7月施術分までは、従来どおり保険者より直接お支払いいたします。)
(県外保険者分は、従来どおり県外保険者又は各都道府県国保連合会へ直接ご請求ください。)

2. 支払対象申請書及び請求時の注意事項

(1) 柔道整復療養費支給申請書(国保及び後期高齢者)

- ・施術者コードについては、本会にて附番いたしておりますので、同封の施術機関コード連絡表及び資料1 をご参考に「施術機関コード欄」へご記入ください。

(2) 福祉医療費(重心、母子、乳幼児)の医療助成分の請求について

- ・県内の国保被保険者及び県内の後期高齢者については、柔道整復療養費支給申請書での併記請求が可能です。

資料1 をご参考に柔道整復療養費支給申請書の「公費負担者番号欄」、「受給者番号欄」、「摘要欄」、「※欄(公費負担金額)」へご記入ください。

- ・社会保険被保険者及び国保組合被保険者については、資料2 をご参考に本会規則に定める様式「福祉医療費支給申請・請求明細書」、「福祉医療費総括表」にてご請求ください。

(「福祉医療費支給申請・請求明細書」、「福祉医療費総括表」の様式について、白紙のサンプルを同封いたしております。ご利用ください。)

(「福祉医療費支給申請・請求明細書」、「福祉医療費総括表」の様式は、本会ホームページからも入手できます。)

(3) 総括票について

- ・厚生労働省受領委任の取扱規程(別添2)に基づく総括票(I)、総括票(II)の作成をお願いします。
- ・国保と後期高齢者の両方を請求される場合、総括票を国保と後期高齢者に分けて別々の作成をお願いします。

(総括票の様式は、本会ホームページからも入手できます。)

3. 支払業務の流れ

(1) 支払業務の流れ(例:平成23年8月施術分の場合)

- ・平成23年9月受付・事務処理。
- ・平成23年10月末日に指定銀行口座へ支払予定です。
(受付月の翌月末日支払)
- ・平成23年11月初旬に各施術所へ支払額決定通知書(10月末振込金額)をお送りする予定です。

(2) 過誤について

- ・平成23年8月施術分より、県内保険者分のみの柔道整復療養費支給申請書を対象とします。

4. お願い事項

(1) 届出書(振込銀行指定届)

- ・支払業務を開始するにあたり事前に口座情報等の登録作業が本会で必要となりますので、お手数をおかけしますが、同封の別紙「届出書」を平成23年8月12日(金)までにご返送ください。

返送先 〒791-8550 松山市高岡町 101 番地 1
 愛媛県国民健康保険団体連合会 業務二課 柔整療養費担当
 TEL 089-968-8846 FAX 089-968-8807

※なお、「届出書」の施術機関コード欄には、同封の施術機関コード連絡表の施術機関コードをご参考の上、ご記入ください。

※振込銀行を変更する場合は、再度「届出書」をご提出ください。(但し、15日までに届出の場合は、翌月末日の支払に、16日以降の届出の場合は、翌々月末日になります。)

福祉医療費支給申請・請求明細書(社保・国保組合用)

平成 年 月 診療分

① 社 保 2. 国 保 3. 国保組合	① 一 般 3. 退 本 2. 老 人 4. 退 家	前期高齢者 9 8 7	一部負担割合 1 2 3 割
----------------------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------

保険者 番号	0 1 3 8 0 0 0	前期高齢者の場合、一部負担割合が2割の方は8を○で囲み、一部負担金割合欄は2を○で囲んでください。また、一部負担割合が3割の方は7を○で囲み、一部負担割合欄は3を○で囲んでください。	
市町村 番号	右づめで記入		
公費負担者 番号	8 1 3 8 0 0 1 6	公費負担医療 受給者番号	0 0 0 6 5 4 0
患者氏名	国保 太郎	性別	男 ○ 女
1 入院 平成 年 月 日 平成 年 月 日	診療日数()日間	2 外来	診療日数 (3)日間
傷病名 及び 期 間	*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入してください		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
診療報酬請求明細内訳	総診療報酬点数		5,200 点
他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額	精神 1 育成	結核 2 特疾	更生 3 その他 6
	自己負担月額		円
	公費負担額		円
	請求金額		520 円

請求年月日 平成 年 月 日

施術機関コードを記入	医療機関コード番号	診療科 コード*
	0080000	

福祉医療に係る助成金額を記入して下さい。
(請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点以下切捨てで記入)

医療機関等 所在地 愛媛県松山市高岡町1丁目

名称 国保整骨院

氏名 国保 次郎 印

備考

福祉医療費(市町単独事業を含む) 支給申請・明細書のとじ方について

		総括表	※ 様式コードごと (81・82・83) に それぞれ別とじにして下さい
各市町単位	社 保 一 般	高 齢 者	(外来) . . . 2割負担
		一 般	(外来) . . . 3割負担
		6歳未満	(外来) . . . 2割負担
		国保組合 一 般 高 齢 者	(外来) . . . 2割負担
	国保組合 一 般	一 般	(外来) . . . 3割負担
		一 般	(外来) . . . 3割負担
		6歳未満	(外来) . . . 2割負担
		6歳未満	(外来) . . . 2割負担

①各市町村単位ごとに申請・請求書を編綴し、市町村番号順にまとめて下さい。

②市町村単独事業分(71・72・73・74)については、それぞれ種別毎に分けた福祉医療 (81・82・83) の下に編綴して下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成 年 月 診療分

1. 社 保 2. 国 保 3. 国保組合	1. 一 般 3. 退 本 2. 老 人 4. 退 家	前期高齢者 9 8 7	一部負担割合 1 2 3
-----------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------

保険者番号		被保険者証記号・番号			
市町村番号		老人医療受給者番号			
公費負担者番号		公費負担医療受給者番号			
患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
1 入院	診療日数()日間 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	2 外来	診療日数 ()日間		1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31
	傷病名及び期間		*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入ください		特定疾病等 「02→1」「16→2」「17→3」 「18→4」「19→5」を記入。
	総診療報酬点数				点
診療報酬請求明細内訳	他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額
	自己負担月額、	1	2	3	
	及び負担額	育成	特疾	その他	公費負担額
請求金額					円

請求年月日 平成 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*

医療機関等所在地

名称

氏名

印

備考

*種別欄 2. 国保 3. 退本 4. 退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 *月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 *特定疾病(長)に該当する場合、「02 長」に該当する場合は「1」を「16 長2」に該当する場合は「2」を記入して下さい。
 *請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード*欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

平成 年 月分福祉医療費総括表

様式コード	保険医療機関コード
81 (71)	
82 (72・74)	
83 (73)	

医療機関等
所在地

名称

		コード番号											請求件数	請求金額	
1	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
2	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
3	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
4	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
5	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
6	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
7	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
8	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
9	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
10	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
11	公費負担者番号												一般		
	市町村名											老人			
合 計	総市町村数											一般計			
	市町村											老人計			

*・様式コード欄…重心81(71を含む)・乳幼児82(72・74を含む)・母子83(73を含む) をそれぞれ○印で囲んで下さい。

(様式第6号)

平成 年 月分

柔道整復施術療養費支給申請総括票 (I)

(請求者) 登録記号番号

— —

柔道整復師

施術所名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	金額
	件	円	件	円	件	円
合計						
(通信欄)						

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(様式第7号)

平成 年 月分
柔道整復施術療養費支給申請総括票 (Ⅱ)

保険者名: _____ 殿

(請求者) 登録記号番号 _____
柔道整復師
施術所名 _____

柔道整復施術療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区分	件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円
	家族			
※決定	本人			
	家族			
※返戻	事前分	本人		
		家族		
	保険者	本人		
		家族		
※誤算	本人			
	家族			
※増減	本人			
	家族			

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

