

# 福祉医療費給付事業関係書類作成方法 (自動給付方式)

**【柔整】**

令和5年12月

長野県国民健康保険団体連合会

## I 福祉医療費給付事業関係書類の提出先及び提出期限

### 1. 提出先

〒380-0871

長野市大字西長野字加茂北 143-8 長野県自治会館内

長野県国民健康保険団体連合会 保険者支援課

(TEL : 026-238-1582)

### 2. 提出期限

施術月の翌月 15 日

### 3. 留意事項

所属団体で取りまとめて国保連合会へ提出する場合もあるため、提出先及び提出期限は各所属団体へご確認ください。

## II 提出書類

- ・ 柔道整復施術療養費 福祉医療費給付事業総括表 ※ (別紙 1) 参照  
(公益社団法人長野県柔道整復師会会員の場合は、所属団体へご確認ください。)
- ・ 柔道整復施術療養費支給申請書写 ※ (別紙 2) 参照

## III 提出書類の編綴方法

総括表を先頭に、支給申請書写を市町村コード順にして左上を一括して綴る。

※月遅れ提出分は該当市町村内に当月分と一緒にして綴る。

柔道整復施術療養費 福祉医療費給付事業総括表

A 市 柔道整復施術療養費支給申請書写

※A市で支給申請書写が複数ある場合、A市内での並び順に指定はありません

B 町 柔道整復施術療養費支給申請書写

※B町で支給申請書写が複数ある場合、B町内での並び順に指定はありません

C 村 柔道整復施術療養費支給申請書写

※C村で支給申請書写が複数ある場合、C村内での並び順に指定はありません

#### IV 留意事項

- ・支給申請書原本には自動給付方式の福祉医療費受給者証の番号を記載しない。
- ・支給申請書写を提出済みの場合は、支給申請書原本が返戻されても支給申請書写の再提出は不要。
- ・支給申請書原本及び支給申請書写の取り下げを行う場合、取り下げ依頼はそれぞれについて行う。  
(支給申請書写の取り下げ依頼を行う場合、当月提出分は国保連合会保険者支援課へ、過去分は該当市町村へ連絡する。)

#### V 各種コード

##### 1. 柔道整復師番号(コード)(10桁)の構成

都道府県コード(長野県 20) + 点数表コード(柔整 7) + 地区コード(2桁)  
+ 柔整師番号(5桁)

##### 2. 点数表コード

点数表	コード
柔整	7

##### 3. 地区コード

地区名	コード	地区名	コード	地区名	コード
長野市	01	飯山市	13	木曾郡	26
松本市	02	茅野市	14	東筑摩郡	27
上田市	03	塩尻市	15	北安曇郡	29
岡谷市	04	佐久市	17	埴科郡	31
飯田市	05	千曲市	18	上高井郡	32
諏訪市	06	東御市	19	下高井郡	33
須坂市	07	南佐久郡	20	上水内郡	34
小諸市	08	北佐久郡	21	下水内郡	35
伊那市	09	小県郡	22	安曇野市	40
駒ヶ根市	10	諏訪郡	23		
中野市	11	上伊那郡	24		
大町市	12	下伊那郡	25		

## 4. 福祉市町村コード

市町村名	コード	市町村名	コード	市町村名	コード
長野市	001	長和町	033	松川村	083
松本市	002	東御市	034	白馬村	086
上田市	003	青木村	039	小谷村	087
岡谷市	004	坂城町	040	松川町	089
飯田市	005	下諏訪町	042	高森町	090
諏訪市	006	富士見町	043	阿南町	091
須坂市	007	原村	044	阿智村	094
小諸市	008	辰野町	046	平谷村	096
伊那市	009	箕輪町	047	根羽村	097
駒ヶ根市	010	飯島町	048	下條村	098
中野市	011	南箕輪村	049	売木村	099
大町市	012	中川村	050	天龍村	100
飯山市	013	宮田村	052	泰阜村	101
茅野市	014	木曾町	053	喬木村	102
塩尻市	015	上松町	054	豊丘村	103
千曲市	016	南木曾町	055	大鹿村	104
佐久市	017	木祖村	057	小布施町	109
佐久穂町	019	王滝村	061	高山村	111
小海町	020	大桑村	062	山ノ内町	112
川上村	021	筑北村	068	木島平村	113
南牧村	022	麻績村	069	野沢温泉村	114
南相木村	023	生坂村	071	信濃町	117
北相木村	024	山形村	073	飯綱町	118
軽井沢町	026	朝日村	074	小川村	122
御代田町	028	安曇野市	076	栄村	125
立科町	029	池田町	082		

令和 年 月分 ← 施術年月(提出年月-1カ月)を記載又は出力する。

### 柔道整復施術療養費 福祉医療費給付事業総括表

登録記号番号を記載又は出力する。(ハイフン不要)

受領委任取扱記号番号

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

柔道整復師番号(10桁)を記載又は出力する。

柔道整復師コード

	7								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

柔道整復師の氏名を記載又は出力する。

柔道整復師氏名

柔道整復師所在地

---

施術所名

---

電話番号

---

施術所の所在地(住所)、名称、電話番号を記載又は出力する。

項番	市町村コード	市町村名	件数	項番	市町村コード	市町村名	件数
1				21			
2	↑	↑	↑	22			
3	福祉医療費給付対象者の市町村コード(3桁)と市町村名を記載又は出力する。(項番1から市町村コード順に記載する。)		福祉医療費給付対象者の支給申請書写の件数を記載又は出力する。				
4							
5							
6				25			
7				26			
8				27			
9				28			
10				29			
11				30			
12				31			
13				32			
14				33			
15				34			
16				35			
17				36			
18				37			
19				38			
20				支給申請書写の合計件数を記載又は出力する。(総括表が複数枚にわたる場合も、合計件数は1枚目に記載する。)			
				(合計)			↓

注) 市町村コード順に記載してください。

(様式第5号)

# 柔道整復施術療養費支給申請書

令和 XX年 XX月分

都道府県番号	施術機関コード
保険者番号	
記号・番号	
1.協 2.組 3.共	1.単独 2.2併 3.3併
4.国 5.退 6.後期	2.本人 3.本人 4.六歳 5.家族 6.家族
	8.高一 9.高7
	10・9 給付割合 ⑧・7

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
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	住所
世帯主・組合員の受給者 氏名	住所

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因
1男 2大 3昭	年	
2女		
負 傷 名	負 傷 年 月 日	初
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		
経 過		
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1	
初検料 円	初検時相談支援料 円	往療料 km 回
加算(休日・深夜・時間外) 円	再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円
	柔道整復運動後療料 円	

**◆第二公費欄使用**

第二公費負担者番号及び受給者番号エリアに

- ・市町村番号 (3桁)
- ・事業番号 (2桁)
- ・受給者番号 (10桁) の計15桁を

負担者番号欄8桁、受給者番号欄7桁に分割して記載又は出力する。

※数字が罫線に重ならないようにご注意ください。

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	冷罨法料 円 回	温罨法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	—							
(2)	100	—							
(3)	60	—						0.6	
	100								
(4)	60							0.6	
	100								
摘 要							合 計		円
							一部負担金		円
							請求金額		円
金属副子等 加算日	1回目 日	2回目 日	3回目 日	柔道整復運動後療料加算日	日 日 日 日 日				円
明細書発行体制加算 加算日	日								円

支払区分	預金の種類	金融機関	本店	支店	支所	フリガナ	口座名称	口座番号	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行							
2:銀行送金	2:当座	金庫							
3:当地払	3:通知	農協							
4:別段									

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〒

施術所名称

電話

柔道 フリガナ

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

受給者

氏 名

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ぼ印してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。 (※は保険者使用欄)