国民健康保険及び後期高齢者医療等に関する
柔道整復施術療養費支給申請書等請求の手引き
（宮城県内の施術所用）

目次

１．柔道整復施術療養費の受付範囲について.....1
２．新規開設、届出事項の変更について.....3
３．柔道整復施術療養費の請求方法等について.....6
４．柔道整復施術療養費支給申請書の記載方法について.....8
５．国民健康保険 柔道整復施術療養費 請求書の記載方法について.....11
６．後期高齢者医療 柔道整復施術療養費 請求書の記載方法について.....12
７．宮城県乳幼児医療費助成制度の請求について.....13
８．総括表、請求書及び申請書の綴り方について.....15
９．申請書の取り下げ依頼について.....17
１０．支払額決定通知書、内訳書等の見方について.....18

宮城県国民健康保険団体連合会

１．柔道整復施術療養費の受付範囲について

宮城県国民健康保険団体連合会で受け付けている申請書は、下記①～③に該当するものです。

①市町村国民健康保険
　宮城県内の３５市町村が実施する国民健康保険の一般被保険者及び退職被保険者

②国民健康保険組合
　宮城県内の３つの国民健康保険組合の被保険者

宮城県	歯科医師	国民健康保険組合	保険者番号 043018
宮城県	医　　師	国民健康保険組合	保険者番号 043026
宮城県	建 設 業	国民健康保険組合	保険者番号 043034

③後期高齢者医療制度
　宮城県内の７５歳以上（一定の障害がある６５歳以上の方を含む）を対象とする後期高齢者医療制度の被保険者

＊宮城県国民健康保険団体連合会取扱保険者の保険者番号一覧（２ページを参照願います。）

（留意事項）
　国や県が実施する公費負担医療分（原爆医療など（法別８３公費：乳幼児医療費助成除く））は、国保連合会で取り扱っておりませんので、申請書に公費負担者番号や受給者番号は記載しないでください。

宮城県国民健康保険団体連合会取扱保険者、保険者番号一覧

	国民健康保険	後期高齢者医療
宮城県		39 04 0 0 0 1（※2）
仙台市	04 4 0 0 8（※1）	
仙台市 青葉区	04　4 0 1 6	39 04　1 0 1 7
仙台市 宮城野区	04　4 0 2 4	39 04　1 0 2 5
仙台市 若林区	04　4 0 3 2	39 04　1 0 3 3
仙台市 太白区	04　4 0 4 0	39 04　1 0 4 1
仙台市 泉区	04　4 0 5 7	39 04　1 0 5 8
石巻市	04　0 0 2 2	39 04　2 0 2 3
塩竈市	04　0 0 3 0	39 04　2 0 3 1
気仙沼市	04　0 0 5 5	39 04　2 0 5 6
白石市	04　0 0 6 3	39 04　2 0 6 4
名取市	04　0 0 7 1	39 04　2 0 7 2
角田市	04　0 0 8 9	39 04　2 0 8 0
多賀城市	04　0 0 9 7	39 04　2 0 9 8
岩沼市	04　0 1 1 3	39 04　2 1 1 4
蔵王町	04　0 1 2 1	39 04　3 0 1 3
七ヶ宿町	04　0 1 3 9	39 04　3 0 2 1
大河原町	04　0 1 4 7	39 04　3 2 1 1
村田町	04　0 1 5 4	39 04　3 2 2 9
柴田町	04　0 1 6 2	39 04　3 2 3 7
川崎町	04　0 1 7 0	39 04　3 2 4 5
丸森町	04　0 1 8 8	39 04　3 4 1 9
亘理町	04　0 1 9 6	39 04　3 6 1 7
山元町	04　0 2 0 4	39 04　3 6 2 5
松島町	04　0 2 2 0	39 04　4 0 1 1
七ヶ浜町	04　0 2 3 8	39 04　4 0 4 5
利府町	04　0 2 5 3	39 04　4 0 6 0
大和町	04　0 2 6 1	39 04　4 2 1 9
大郷町	04　0 2 7 9	39 04　4 2 2 7
富谷町	04　0 2 8 7	39 04　2 1 6 3
大衡村	04　0 2 9 5	39 04　4 2 4 3
色麻町	04　0 3 3 7	39 04　4 4 4 1
涌谷町	04　0 3 9 4	39 04　5 0 1 8
女川町	04　0 6 8 3	39 04　5 8 1 0
加美町	04　0 7 5 8	39 04　4 4 5 8
栗原市	04　0 7 6 6	39 04　2 1 3 0
登米市	04　0 7 7 4	39 04　2 1 2 2
東松島市	04　0 7 8 2	39 04　2 1 4 8
美里町	04　0 7 9 0	39 04　5 0 5 9
南三陸町	04　0 8 0 8	39 04　6 0 6 5
大崎市	04　0 8 1 6	39 04　2 1 5 5
歯科医師国保組合	04　3 0 1 8	
医師国保組合	04　3 0 2 6	
建設業国保組合	04　3 0 3 4	

※1　請求書に記載する代表保険者番号です。仙台市の国保は、各区の保険者番号で申請書を作成しますが、請求書には代表保険者番号（044008）を記入し、市単位で一括して請求書を作成します。

※2　後期高齢者医療は、各市区町村の保険者番号で申請書を作成し、請求書は、宮城県の代表番号

（39040001）を使用し、すべての市区町村の申請書を一枚の請求書で集計します。

２．新規開設、届出事項の変更について

①宮城県内で新規に開設する場合は、「柔道整復施術療養費の請求に係る届け出（新規開設）」（４ページ参照）に記入の上、本会あて送付願います。

なお、請求に際しまして、請求書等に記載していただく、本会で独自に設定した「宮城県国保連コード（施術機関コード）」が必要となります。「宮城県国保連コード」は、本会から連絡いたします。

②本会届け出事項に変更等がある場合は「柔道整復施術療養費の請求に係る届け出（変更等）」（５ページ参照）に記入の上、本会あて送付願います。

③届け出様式は、国保連合会のホームページ http://www.miyagi-kokuho.or.jp/　からダウンロードしてください。

④各団体で所定の様式がある場合は、既存のものを使用いただいて結構です。
　但し、本会指定様式の記載事項を満たしている場合に限ります。

柔道整復施術療養費の請求に係る届け出（新規開設）

宮城県国民健康保険団体連合会　殿

団体(施術所)名

下記のとおり届け出しますので、宮城県国保連コード（施術機関コード）をお知らせください。

記

ﾌﾘｶﾞﾅ	
柔道整復師の氏名（施術管理者）	
登録記号番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ	
施術所の名称	
所在地	〒　　－
電話番号	
開設年月日	

振込先

振込銀行名	
振込支店名	
預金種目	１：普通　　２：当座
口座番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ	
口座名義	

【送付先、担当課】

〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目２－３ 宮城県自治会館５階
宮城県国民健康保険団体連合会　審査業務課
電話(課直通)022-222-7075

柔道整復施術療養費の請求に係る届け出（変更等）

宮城県国民健康保険団体連合会　殿

団体(施術所)名

5

下記のとおり変更事項を届け出します。

記

ﾌﾘｶﾞﾅ	
柔道整復師の氏名 （施術管理者）	
登録記号番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ	
施術所の名称	
所在地	〒　　－
電話番号	
変更内容	管理者の変更、施術所の名称変更、施術所の住所変更等の詳細を記入ください。 （変更年月日：令和　　年　　月　　日）
宮城県国保連コード(施術機関コード)の引き継ぎ	１：引き継ぐ（過誤返戻等の金額を相殺し振り込む） ２：引き継ぎせず、新しい施術機関コードにする 例）管理者が変わったが、前管理者の申請書が保険者から返戻された場合 現管理者の請求金額と、前管理者の返戻分の金額を相殺し振込みしてよい。返戻された申請書は現管理者に送付。→ １：引き継ぐ に○ 前管理者の返戻分は、前管理者が支払う。返戻された申請書は前管理者に送付。→ ２：引き継ぎせず、新しい施術機関コードにする に○

【送付先及び担当課】

〒980-0011　宮城県仙台市青葉区上杉一丁目２－３　宮城県自治会館５階
宮城県国民健康保険団体連合会　審査業務課
電話(課直通)022-222-7075

３．柔道整復施術療養費の請求方法等について

（１）申請書類の各種様式及び作成について

①柔道整復施術療養費支給申請書

・記載方法については、8～10 ページをご参照ください。
・支給申請書は、厚生労働省から示された様式第５号（10 ページ参照）を使用してください。

②国民健康保険柔道整復施術療養費　請求書（様式２）
後期高齢者医療柔道整復施術療養費　請求書（様式３）

・請求書は、「国保」と「後期高齢者医療」別に、①の支給申請書の件数や費用額等を集計する用紙です。
・国保請求書は、保険者別（仙台市５区は仙台市で一本）に１枚ずつ作成します。
・後期高齢者請求書は、申請書の保険者番号にかかわらず、１枚作成します。
・異なる月の申請書（月遅れ分、返戻後の再請求分）は当月分と合わせて一枚の請求書にまとめてください。
・この請求書は、国保連合会のホームページからダウンロードしてください。
・記載方法については、11～12 ページをご参照ください。

③国民健康保険（後期高齢者医療）柔道整復施術療養費請求　総括表（様式１）

・総括表は、②の請求書を総計する用紙です。
・この総括表は、国保連合会のホームページからダウンロードしてください。
・記載方法については、15 ページをご参照ください。

④社会保険乳幼児医療費請求書及び総括表

・社会保険加入者の乳幼児医療費助成用の請求書及びその総括表です。
・この請求書及び総括表は、次のホームページからダウンロードしてください。
　○宮城県のホームページ　http://www.pref.miyagi.jp/
　　組織でさがす＞子育て支援課＞乳幼児医療費助成制度について
　○国保連合会のホームページ http://www.miyagi-kokuho.or.jp/
　　柔道整復施術所のみなさまへ
　なお、制度や請求方法の詳細については、宮城県のホームページにある「乳幼児医療費公費負担事務の手引」をご覧ください。
・記載方法については、13～14 ページをご参照ください。

（２）提出方法について

①直接（窓口）受付について

・毎月１０日までに持参ください。
・受付時間は、８：３０～１７：１５です。
＊各種申請書「母子・父子家庭医療費助成」「心身障害者医療費助成」「障害者医療費助成」についても、毎月１０日までになります。

②郵送受付について（宅配便等でも可）

・毎月１０日到着分まで受付けます。これを過ぎて到着した申請書は、翌月の受付分（本会で保管）とさせていただきます。

＊各種申請書「母子・父子家庭医療費助成」「心身障害者医療費助成」「障害者医療費助成」についても、毎月１０日以降到着分は、次の月の受付分となります。

③返戻となった（取り下げした）申請書の再提出方法について

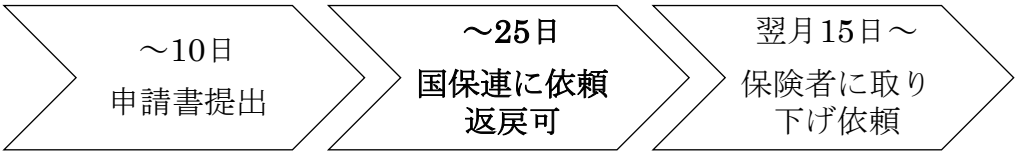
・国保連合会や保険者から返戻となった申請書については、申請書のみ単体で再提出なさらないようお願いします。次回の請求分と一緒に綴って（総括表、請求書の集計に含めて）ご提出ください。

（３）依頼返戻、取り下げ方法について

①提出された申請書の返戻依頼については、所定の様式（17ページ）でのみ受付いたします。
なお、事故防止のため、電話等による口頭の返戻依頼には応じかねますので、必ず所定の様式でご依頼ください。

②様式は、国保連合会のホームページからダウンロードしてください。

③当該申請書を提出月中に返戻してほしい場合は、当月の２５日までにご依頼いただければ、事務返戻扱いとして、支払前の返却が可能です。
それ以降の申し出につきましては、翌月１５日以降、直接保険者に取り下げ依頼願います。



（４）申請書提出 及び 問い合わせ先

〒980-0011　宮城県仙台市青葉区上杉一丁目２番３号　　宮城県自治会館５階
宮城県国民健康保険団体連合会　審査業務課柔整担当
電話 022-222-7075

４．柔道整復施術療養費支給申請書の記載方法について

＊本文中の①から⑭の表記箇所は１０ページを参照してください。

（１）保険者番号等の欄

①「年 月分」欄には、施術を行った年月を記載してください。
②「都道府県番号」欄には、宮城県の県番号「０４」を記載してください。
③「施術機関コード」欄には、国保連で付番した施術所機関番号を記載してください。
④「保険者番号」欄には、被保険者証の保険者番号を記載してください。（２ページ参照）
⑤「記号・番号」欄には、被保険者証の記号・番号を記載してください。
（後期高齢者医療は番号のみです。）
⑥「保険種別、単併区分、本家区分、給付割合」欄には、下記の例に基づき該当箇所に丸印を付けてください。

国保一般の場合

①70 歳以上、一般または低所得で８割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

②70 歳以上、上位所得で７割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

③未就学児で８割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

④一般で７割の場合。
※本家区分は、世帯主は「2.本人」、
それ以外は「6.家族」に○を付けてください。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

退職者の場合

①本人で７割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

②家族で７割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

③未就学児で８割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

後期高齢者の場合

①後期高齢者で７割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

②後期高齢者で８割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

③後期高齢者で９割の場合。

保険種別				単併区分		本家区分			給付割合
1.協	2.組	3.共		1.単独		2.本人		8.高一	10・9
4.国	5.退	6.後期		2.2 併		4.六歳			8・7
				3.3 併		6.家族		0.高 7	

国保で乳幼児医療助成該当（社保の乳幼児医療助成の請求は、14 ページ参照）

－									－							
公費負担者番号①	8	3	0	4	0	9	9	9	公費負担医療の受給者番号①	0	0	0	9	9	9	9
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②							

①乳幼児医療助成併用（就学以降）で７割の場合。

保険種別	1.協	2.組	3.共		単併区分	1.単独	本家区分	2.本人	8.高一	給付割合	10・9
	4.国	5.退	6.後期			2.2 併		4.六歳			8 7
						3.3 併		6.家族	0.高７		

②乳幼児医療助成併用（未就学児）で８割の場合。

保険種別	1.協	2.組	3.共		単併区分	1.単独	本家区分	2.本人	8.高一	給付割合	10・9
	4.国	5.退	6.後期			2.2 併		4.六歳			8 7
						3.3 併		6.家族	0.高７		

⑦「公費負担者番号・受給者番号」欄には、宮城県下３５市町村いずれかの乳幼児医療費助成分がある場合、公費負担者番号①及び受給者番号①に記載してください。なお、給付割合欄は法定給付どおりです。（乳幼児医療費助成で窓口負担が無くても「10」に〇は付けません。）

⑧「氏名」欄には被保険者証に記載の氏名（国保の場合は世帯主名）を転記してください。
「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号の記入を求めてください。（印字可）

（２）施術の内容欄

⑨「療養を受けた者の氏名」「生年月日」欄には、氏名、性別、生年月日を記載してください。
＊生年月日に「国保の取得年月日」を誤って記載している場合がありますので、ご注意ください。

⑩「負傷原因等」欄には、３部位目を所定料金の１００分の６０に相当する金額により算定することとなる場合、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因（いつ、どこで、どうして等）を記載してください。＊記載しきれない場合は、摘要欄に記載してください。

⑪「摘要」欄には、『脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日』や『長期施術理由』、『頻回施術理由』などを記載してください。
また、乳幼児医療助成対象者で、自己負担額がある場合は自己負担金額を記載してください。

摘要								
例）　乳幼児自己負担　５００円	合計							円
	一部負担金							円
	請求金額							円
	※							円

⑫施術に要した費用額を記載してください。

（３）施術証明欄

⑬申請書に記載した施術の内容等を確認の上、柔道整復師氏名欄に記名押印してください。

（４）受取代理人の欄

⑭「受取代理人」欄は、患者の自筆により氏名（国保の場合は世帯主名）を記入してください。
利き手を負傷しているなど患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、柔道整復師が自筆により代理記入し、患者の拇印を押してください。

※上記以外の記載方法につきましては、厚生労働省の「通知」や「Ｑ＆Ａ」を参照のうえ記載してください。

（様式第５号）

柔道整復施術療養費支給申請書

①令和　　年　　月分

都道府県番号	②	施術機関コード	③
保険者番号	④		

記号・番号	⑤		
公費負担者番号① ⑦		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	
保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期 ⑥	別併区分	1.単独 2.2併 3.3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 8・7

被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名	氏名	
	住所	住所	⑧

施術の内容欄

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因
⑨ 1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令 ⑨ 年 月 日	⑩

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)	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・		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	往療料 km 回 円	金属副子等加算 回 円	施術情報提供料 円	明細書発行体制加算 円	計 円
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 回 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	冷電法料 回 円	温電法料 回 円	電療料 回 円	計 円	多部位	計 円	長期	計 円
(1)	100	―						―	―		
(2)	100	―						―	―		
(3)	60	―						0.6			
	100							―	―		
(4)	60							0.6			
	100							―	―		

摘要		
⑪	合計	⑫ 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		
明細書発行体制加算 加算日	日		

支払機関欄

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

施術証明欄

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　⑬

電話

柔道整復師 フリガナ 氏名

受取代理人への委任の欄

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　⑭

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）

５．国民健康保険 柔道整復施術療養費 請求書の記載方法について

①施術年月を記入してください。当該月以外の施術月の申請書が入っていても結構です。
（例／５月施術分の請求書に、返戻となった３月施術分の申請書を含める。）
②柔整師登録番号を記入してください。
③宮城県国保連合会で付番した機関コードを記入してください。（例／０４５００９９９）
④６桁の保険者番号と保険者名を記入してください。（2ページの保険者一覧参照）
（仙台市は代表保険者番号「044008」を記入し、全区一括請求となります。）
⑤請求書を提出した提出年月日を記入してください。
⑥施術所の所在地及び名称、電話番号、施術管理者氏名を記入してください。
⑦請求区分毎に、件数、費用額（支給申請書の合計欄(10割分)）の合計を記入してください。

【様式2】

柔 ① 令和　　年　　月分　　国民健康保険療養費請求書

柔整師登録番号	契	②						-	0	-	0
宮城県国保連コード	③ 0	4	5								

④ 保険者番号	0	4				

保険者名　宮城県 ④ 殿

下記のとおり請求する。

⑤ 令和　　年　　月　　日

⑥ 柔道整復施術所の所在地及び名称
電話番号
氏名

⑦

区分			給付	拡大	件数	費用額
国民健康保険	一般被保険者	70歳以上 一般・低所得 8割	K	1		
		70歳以上 上位 7割	J	1		
		未就学児 8割	A	2		
		7割	7			
	退職者	本人	7	3		
		被扶養者	7	4		
		未就学児 8割	B	2		

６．後期高齢者医療 柔道整復施術療養費 請求書の記載方法について

①施術年月を記入してください。当該月以外の施術月の申請書が入っていても結構です。
（例／５月施術分の請求書に、返戻となった３月施術分の申請書を含める。）
②柔整師登録番号を記入してください。
③宮城県国保連合会で付番した機関コードを記入してください。（例／０４５００９９９）
④請求書を提出した提出年月日を記入してください。
⑤施術所の所在地及び名称、施術管理者氏名を記入してください。
⑥請求区分毎に、件数、費用額（支給申請書の合計欄(10 割分)）の合計を記入してください。

【様式3】

柔 ① 令和　　年　　月分　後期高齢者療養費請求書

柔整師登録番号	契	②									ー	0	ー	0
宮城県国保連コード	③ 0	4	5										

保険者番号	3	9	0	4	0	0	0	1

宮城県後期高齢者医療広域連合 殿

下記のとおり請求する。

④ 令和　　年　　月　　日

柔道整復施術所の
所在地及び名称
⑤ 電話番号
氏　　名

⑥

区分		件数	費用額
後期高齢者	9割		
	7割		

※8割給付及び9割給付を合算し、区分「9割」に記載してください。

７．宮城県乳幼児医療費助成制度の請求について

（１）国民健康保険加入者の場合

・柔道整復施術療養費支給申請書に公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号等を記載し請求してください。

（２）社会保険加入者の場合

〇総括表（社保用）について

①宮城県国保連合会で付番した機関コードの下５桁を記入してください。
②総括表を提出した提出年月を記入してください。
③施術所の所在地及び名称、開設者氏名を記入してください。
④柔整「１９」に〇を付けてください。
⑤総件数、総請求金額（総費用額 10 割分）、総乳幼児医療請求額を記入してください。

なお、市町村毎の助成対象年齢や請求方法の詳細については、宮城県のホームページにある「乳幼児医療費公費負担事務の手引」をご覧ください。

下５桁を記入！

宮城県国民健康保険団体連合会提出

①

医療機関等コード			1	2	3	4	5

宮城県乳幼児医療費助成事業　社会保険分総括表

②

令和　　年　　月提出分

保険医療機関の所在地及び名称　宮城県〇〇市△丁目□－×　〇〇整骨院

③ 電話番号　〇〇〇-△△△-□□□□

開設者氏名　宮城　太郎　印

④

訪問	柔整
6	19

⑤

区　分	総件数	総請求金額	総乳幼児医療請求額
請　求	1	1,000	200

○請求書（社保用）について

・市区町村毎に作成します。
⑥市区町村毎に関係なく、重ねた順番の通し番号を記入してください。
⑦○○市、○○町、○○村と記入してください。
　仙台市の場合、「仙台市○○区長」あてになります。
⑧施術を行った年月を記入してください。
⑨請求書を提出した提出年月日を記入してください。

乳幼児医療費請求書（社保用）

⑥ ページ 1

医療機関等コード 1 2 3 4 5

市町村⑦ ○○市　長 殿

⑧ 令和　年　月 診療分

下記のとおり請求いたします。

⑨令和　年　月　日

保険医療機関の所在地及び名称　宮城県○○市△丁目□－×　○○整骨院

電話番号　○○○-△△△-□□□□

開設者氏名　宮城　太郎　印

訪問	柔整
6	19

診療科

社会保険の保険者番号を右詰で記入してください。

	入外区分	乳幼児公費負担者	保険者番号	生年月日	診療日数	請求金額	乳幼児医療請求額	公費番号
	返戻区分	乳幼児受給者番号	受給者氏名	性別				
1	4	8 3 0 4 0 9 9 9	0 0 4 4 4 4 4 4	H 25 . 1 . 1	2	1,000	200	
		0 0 0 9 9 9 9	アオバ　ハナコ	2				
2				H . .				
3								
4				H . .				
5				H . .				
6				H . .				
7				H . .				
8				H . .				
9								
10								
	９９９９		ページ合計	1 件		1,000 点	200 円	

カタカナで記入してください。

「本人・家族」区分の（4：六外　6：家外）の数字を記入してください。

1：男
2：女
数字を記入してください。

請求金額には、費用額（10割分）を記入してください。

乳幼児医療費の請求金額を記入してください。請求額は四捨五入しないでください。
また、一部負担金（500円など）がある場合は、利用者一部負担金を控除した金額を記入してください。

請求件数、請求金額、乳幼児医療請求額のページ内合計を記入してください。

８．総括表、請求書及び申請書の綴り方について

（１）総括表の記載方法

①施術年月を記入してください。当該月以外の施術月の請求書が入っていても結構です。
②柔整師登録番号を記入してください。
③宮城県国保連合会で付番した機関コードを記入してください。（例／０４５００９９９）
④施術所の所在地及び名称、施術管理者氏名を記入してください。

（連合会作成用）　【様式1】

柔　国民健康保険 後期高齢者医療　療養費請求総括表

	柔整師登録番号	契 ②									0	0
①令和　年　月分	宮城県国保連コード ③	0	4	5								

柔道整復施術所の
所在地及び名称
④ 電話番号
氏名

請求区分毎に、件数の合計を記入してください。

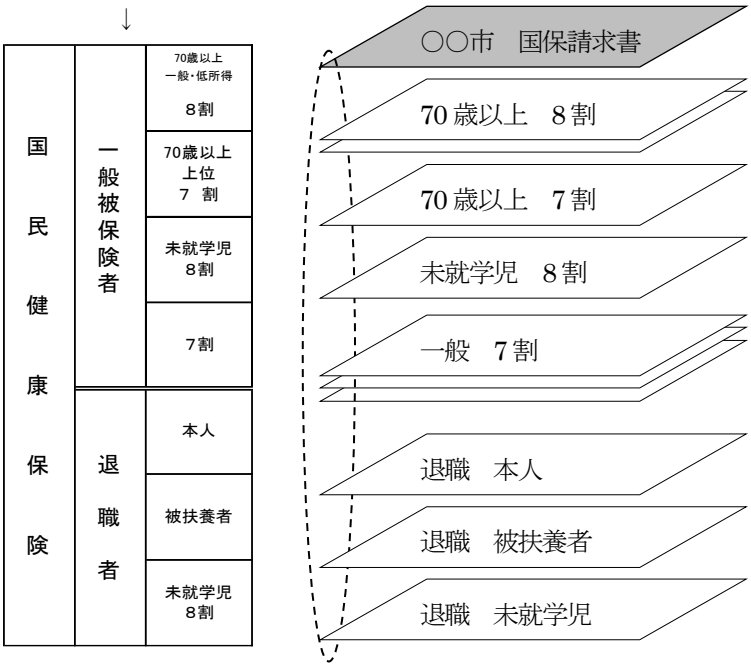
区分		件数	費用額
国民健康保険	一般被保険者	件	
	退職者	件	
後期高齢者医療		件	
合計		件	円

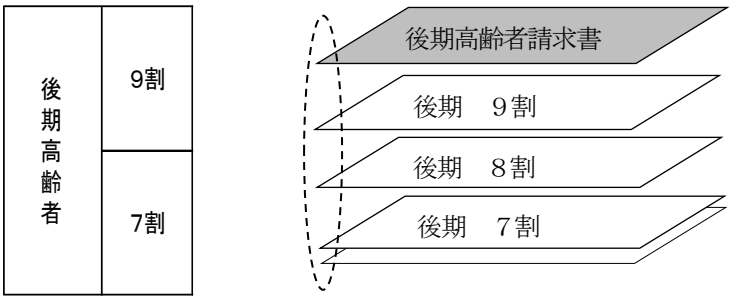
費用額（請求書の合計(10割分)）の合計を記入してください。

（２）申請書等の綴り方

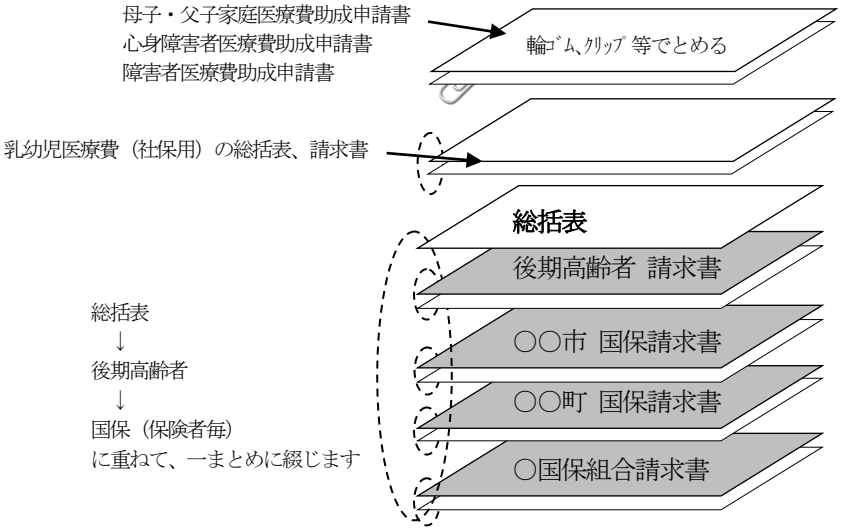
・請求書と申請書は、保険者毎に取りまとめ、左上部をホッチキス等で綴じます。
・保険者毎の束となった請求書・申請書の先頭に、総括表を載せ、さらに一まとめに綴じます。
・綴じ方は、少量の場合はホッチキスで、量の多い場合は紐やクリップを使って左上部を綴じます。

申請書は、請求書の件数、費用額の記載
順に綴ります。
↓





保険者毎に綴じた束は、下図のとおりに並べて、提出願います。



９．申請書の取り下げ依頼について

「柔道整復施術療養費支給申請書の返戻依頼」については、「診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼」様式をご使用ください。
この様式は、国保連合会のホームページからダウンロードしてください。

宮城県国保連合会で付番した機関コードを記入してください。（例／０４５００９９９）

様式１　　令和　　年　　月　　日

診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について

宮城県国民健康　団体連合会　御中

機関コード	保険医療機関等の所在地及び名称	開設者氏名	電話番号	担当者名

下記、診療（調剤）報酬明細書を返戻くださるようお願いします。
（　国保　・　後期　）　／　（　県内　・　県外　）　保険者　　分明細書

診療年月	請求年月	入外別（科別）	保険者番号	被保険者証記号・番号	ふりがな患者氏名	生年月日	請求点数	返戻理由
年　月	年　月	入院・外来（　）		記号 番号		明・大・昭・平 年　月　日		
年　月	年　月	入院・外来（　）		記号 番号		明・大・昭・平		
年　月	年　月							
年　月	年　月	入院・外来（　）		番号		明・大・昭・平 年　月　日		
年　月	年　月	入院・外来（　）		記号 番号		明・大・昭・平 年　月　日		

（柔整）と記入してください。

費用額(10 割分)を記入してください。

【県内保険者分】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は**提出月の25日（12月は20日）まで必着**で本会に提出願います。
なお、**当月提出分以外のもの**や**締切を過ぎたもの**は各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

【県外保険者分】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る返戻依頼は、**提出月の15日まで必着**で本会に提出願います。
なお、当月提出分以外については、本会から他県保険者等に依頼しますので、速やかに提出願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲み**それぞれ別の紙に記入**して提出願います。
※所要事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば（　）内に記入願います。
※返戻理由は必ず記入願います。

１０．支払額決定通知書、内訳書等の見方について

（１）支払日

・支払日は、請求月の翌月末となります。
・年間の受付期限、支払予定日については、本会ホームページ「医療機関のみなさまへ」に掲載しています。

（例）４月施術分（5 月審査・6 月末支払分）の場合

申請書受付期間 →	5 月 10 日締切 審査・決定期間 →	6 月 5 日頃 保険者に請求等	6 月末日 団体、施術所への支払い ・申請書に記載口座に振込み ・支払額決定通知書等の送付

（２）送付帳票の種類

帳票名	内容	個人 団体
支払額		
診療(調剤)報酬等支払額決定通知書（A4 縦）【ｲﾒｰｼﾞ①】 (19 ページ参照)	国保、後期、社保乳幼児の支払額がある場合に送付します。	個･団
診療(調剤)報酬等支払額決定通知書内訳書（A4 横）【ｲﾒｰｼﾞ②】 (20 ページ参照)	国保、後期の内訳です。	個･団
社保乳幼児診療報酬支払額決定内訳書（A4 横）	社保乳幼児の支払額がある場合に送付します。	個･団
返戻		
増減点・返戻通知書（A4 横）　【注】	国保、後期で返戻等がある場合に送付します。	個
社保乳幼児医療返戻内訳表（A4 横）	社保乳幼児で返戻がある場合に送付します。	個
資格訂正		
後期高齢者医療　資格項目等訂正一覧表（A4 横）	生年月日等が不一致と思われるもののリストです。	個
保険者返戻		
国民健康保険過誤調整結果通知書（A3 横）	国保、公費、後期、社保乳幼児で、保険者から返戻等がある場合に送付します。	個
公費負担医療過誤調整結果通知書（A3 横）		
後期高齢者過誤調整結果通知書（A3 横）		
社保乳幼児過誤調整結果通知書（A3 横）		
団体向け内訳		
都道府県別審査支払確定内訳書（国保分）（A3 横）	施術所毎の件数、支払額の内訳です。	団
都道府県別審査支払確定内訳書（後期分）（A4 縦）		

※該当帳票のみの送付となります。
※団体単位での支払いや帳票出力は、団体としての請求施術所数が多い場合のみとなります。

【注】審査委員会で返戻となった場合、申請書は当月末に返送しますが、「増減点・返戻通知書」は翌月末の送付となります。

【ｲﾒｰｼﾞ①】

診療(調剤)報酬等支払額決定通知書（Ａ４縦）

様式３

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書

医２

宮城県国民健康保険団体連合会
令和　４ 年　９ 月　　日 作成

柔整団体機関コード	00
柔整団体機関名	会

団体所属の場合、団体名を出力します。
個人の場合は出力されません。

柔整施術機関
〒　045-00 宮城県 整骨院 様

令和 04 年 07 月分

施術機関コード		振込日
0 0		令和　４ 年　９ 月　　日

区　分	決定額 円	過誤調整額 円	確定額 円
一般			
公費			
社保乳幼児			
端数			
小計			
後期高齢者			
端数（後期）			
小計（後期）			
合計			

保険者返戻分等です。詳細は過誤調整結果通知書をご覧ください。

一般、退職、公費（法別８３公費：乳幼児医療費助成）、社保乳幼児、後期高齢者毎に支払額を記載しています。

振込総額	

【ｲﾒｰｼﾞ②】

診療(調剤)報酬等支払額決定通知書 内訳書（Ａ４縦）

団体所属の場合、団体名を出力します。
個人の場合は出力されません。

様式3-2

未整団体コード	
団体機関名	会

医療機関コード	医療機関名
00	接骨院

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書
令和　4 年　8 月請求分（ 7 月診療分）

医2-2

宮城県国民健康保険団体連合会
令和 4 年 9 月　日 作成　1 頁

保険者/市町村/公費負担者 番号	名称	保険制度	入外	本家	公費割合	給付割合	高額	過転	未免者子	件数	日数/回数	点数	費用額（基準額）	支払額	被保険者負担分（標準負担額）	他法負担分	備考
04	市	国	外	1	0	70											
04	市	国	外	1	0	70											
		国	外	2	0	70											
		国	外	4	0	80											
8304	市	県	外	2	0	70											
	国保合計	国	外	1	0	70											
		国	外	2	0	70											
		国	外	4	0	80											
83法制	県単事業合計	県	外	2	0	70											
	国保総合計	国															
83法制	県単事業総合計	県															
	端数調整額																
	医療機関計																

保険者毎
かつ
一般、退職、公費（法別８３公費：乳幼児医療費助成）、後期高齢者毎
かつ
本人家族区分毎

に件数、支払額等を記載しています。

（1）本家… 1:本人　2:家族　3:未就学者　4:高齢者一般　5:高齢者７割　（2）公費割合… 0:対象外　1:５割　2:３割　3:０割　4:3.4割　5:3.8割　6:4.2割　7:4.6割　8:５割

SNKTT0611