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・取り下げ方法等について　・・・・・・・・・6
４．柔道整復施術療養費支給申請書の記入方法について・・・・・・・・・・・・・・9
５．国民健康保険 柔道整復施術療養費 請求書の記入方法について　・・・・・12
６．後期高齢者医療 柔道整復施術療養費 請求書の記入方法について ・・・・・13
７．総括表の記入方法、請求書と申請書の綴り方について ・・・・・・・・・・・14
８．宮城県乳幼児医療費助成制度の請求方法について ・・・・・・・・・・・・・・16
９．支払額決定通知書、内訳書等の見方について ・・・・・・・・・・・・・・・・18

令和７年１１月

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付を行っている申請書は、以下の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被保険者

②国民健康保険組合
　宮城県内の３国民健康保険組合が実施する国民健康保険の被保険者

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】

①　国や宮城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入しないでください。
②　令和３年度から総括表、請求書、支給申請書は、印鑑の押印が不要となりました。
　訂正箇所の訂正印も不要です。
③　退職者医療制度は、令和６年３月をもって経過措置が廃止となりました。

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

区　分	国民健康保険		後期高齢者医療
	記　号	保　険　者　番　号	
宮 城 県			３９　０４　０００１（※２）
仙 台 市		０４　４００８（※１）	
青 葉 区	仙台	０４　４０１６	３９　０４　１０１７
宮城野区	仙台	０４　４０２４	３９　０４　１０２５
若 林 区	仙台	０４　４０３２	３９　０４　１０３３
太 白 区	仙台	０４　４０４０	３９　０４　１０４１
泉　　区	仙台	０４　４０５７	３９　０４　１０５８
石 巻 市	み石	０４　００２２	３９　０４　２０２３
塩 竈 市	み塩	０４　００３０	３９　０４　２０３１
気仙沼市	み気	０４　００５５	３９　０４　２０５６
白 石 市	み白	０４　００６３	３９　０４　２０６４
名 取 市	み名	０４　００７１	３９　０４　２０７２
角 田 市	み角	０４　００８９	３９　０４　２０８０
多賀城市	み多	０４　００９７	３９　０４　２０９８
岩 沼 市	み岩	０４　０１１３	３９　０４　２１１４
蔵 王 町	み蔵	０４　０１２１	３９　０４　３０１３
七ヶ宿町	み宿	０４　０１３９	３９　０４　３０２１
大河原町	み大	０４　０１４７	３９　０４　３２１１
村 田 町	み村	０４　０１５４	３９　０４　３２２９
柴 田 町	み柴	０４　０１６２	３９　０４　３２３７
川 崎 町	み川	０４　０１７０	３９　０４　３２４５
丸 森 町	み丸	０４　０１８８	３９　０４　３４１９
亘 理 町	み亘	０４　０１９６	３９　０４　３６１７
山 元 町	み山	０４　０２０４	３９　０４　３６２５
松 島 町	み島	０４　０２２０	３９　０４　４０１１
七ヶ浜町	み浜	０４　０２３８	３９　０４　４０４５
利 府 町	み利	０４　０２５３	３９　０４　４０６０
大 和 町	み和	０４　０２６１	３９　０４　４２１９
大 郷 町	み郷	０４　０２７９	３９　０４　４２２７
富 谷 市	み富	０４　０２８７	３９　０４　２１６３
大 衡 村	み衡	０４　０２９５	３９　０４　４２４３
色 麻 町	み色	０４　０３３７	３９　０４　４４４１
涌 谷 町	み涌	０４　０３９４	３９　０４　５０１８
女 川 町	み女	０４　０６８３	３９　０４　５８１０
加 美 町	み加	０４　０７５８	３９　０４　４４５８
栗 原 市	み栗原	０４　０７６６	３９　０４　２１３０
登 米 市	み登米	０４　０７７４	３９　０４　２１２２
東松島市	み東松島	０４　０７８２	３９　０４　２１４８
美 里 町	み美	０４　０７９０	３９　０４　５０５９
南三陸町	み南	０４　０８０８	３９　０４　６０６５
大 崎 市	み大崎	０４　０８１６	３９　０４　２１５５
歯科医師国保組合	み歯	０４　３０１８	
医師国保組合	宮医	０４　３０２６	
建設業国保組合	宮建	０４　３０３４	

※１　仙台市国保は、各区の保険者番号で申請書を作成し、請求書は仙台市の番号（044008）を使用し、各区の申請書を集約して１枚の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、請求書は宮城県後期高齢者医療広域連合の番号（39040001）を使用し、すべての市区町村の申請書を集約して１枚の請求書を作成します。

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）を作成し、本会宛て送付願います。本会から「宮城県国保連コード」をお知らせしますので、請求書等に「宮城県国保連コード」（施術機関コード）を記入し、請求してください。

②　本会への届出事項に変更等が生じた場合は、「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）を作成し、本会宛て送付願います。

③　届出様式は、宮城県国保連合会ホームページ https://www.miyagi-kokuho.or.jp/　の「柔整施術所のみなさまへ」－「柔道整復施術療養費請求」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が、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

フリガナ	
柔道整復師の氏名 （施術管理者）	
登録記号番号	
フリガナ	
施術所の名称	
所在地	〒　　－
電話番号	
開設年月日	
施術機関コードの お知らせ先	ＦＡＸ番号等を記入してください。

【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	
フリガナ	
口座名義	

【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

柔道整復施術療養費の請求に係る届け出（変更）

宮城県国民健康保険団体連合会　殿

団体(施術所)名

下記のとおり変更事項を届け出します。

記

フリガナ	
柔道整復師の氏名 (施術管理者)	
登録記号番号	
フリガナ	
施術所の名称	
所在地	〒　　－
電話番号	
変更内容	施術管理者の変更、施術所の名称変更、施術所の住所変更等の詳細を記入してください。 （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 【１の例】 ・管理者が変更し、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してよい。前管理者の返戻申請書を現管理者に送付してよい。→ １：引き継ぐ に〇を付す。 【２の例】 ・前管理者の返戻分は、前管理者が返納する。前管理者の返戻申請書は前管理者に送付する。→ ２：引き継ぎせず、新しい施術機関コードにする に〇を付す。

【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・取り下げ方法等について

（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

・記入方法については、9～10 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（11 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」毎に上記①の申請書件数、費用額等を集計する様式です。
・国保の請求書は、保険者別（仙台市５区は、仙台市として１枚）に１枚ずつ作成してください。
・後期高齢者医療の請求書は、保険者番号にかかわらず、１枚のみ作成してください。
・異なる月の申請書（月遅れ請求分、返戻後の再請求分）は、当月分と合わせて１枚の請求書にまとめてください。
・請求書は、宮城県国保連合会ホームページの「柔整施術所のみなさまへ」－「柔道整復施術療養費請求」からダウンロードしてください。
・記入方法については、12～13 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、上記②の請求書を総計する様式です。
・総括表は、宮城県国保連合会ホームページの「柔整施術所のみなさまへ」－「柔道整復施術療養費請求」－からダウンロードしてください。
・記入方法については、14 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。
・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。
　○宮城県ホームページ　https://www.pref.miyagi.jp/
　＞子どもの医療費助成制度について
　　＞各関係様式（公費併用レセプト以外で請求する場合）＞柔道整復施術所
　○宮城県国保連合会ホームページhttps://www.miyagi-kokuho.or.jp/＞柔整施術所のみなさまへ
・記入方法については、16～17 ページをご参照ください。

＊制度や請求方法の詳細については、宮城県ホームページの「乳幼児医療費公費負担事務の手引」をご覧ください。

（２）申請書等の受付について

①受付締切日

・柔道整復施術療養費支給申請書及び宮城県市町村の医療費助成申請書「母子・父子家庭医療費助成申請書」、「心身障害者医療費助成申請書」、「障害者医療費助成申請書」については、毎月１０日が受付締切日です。

②受付期間

・毎月 1 日から 10 日まで（土・日・祝日を除く）です。

ただし、10 日に限っては、土・日・祝日であっても受付します。

※11 日の受付は行いませんのでご注意ください。

③受付時間

・午前８時 30 分から午後５時 15 分まで

④郵送等での受付

・郵送等の場合も 10 日必着とし、１１日以降の受付は次月処理となりますのでご注意ください。

⑤申請書の再請求方法について

・国保連合会や保険者から返戻された申請書は、次回の請求分と一緒に綴り、総括表、請求書の集計に含めてください。

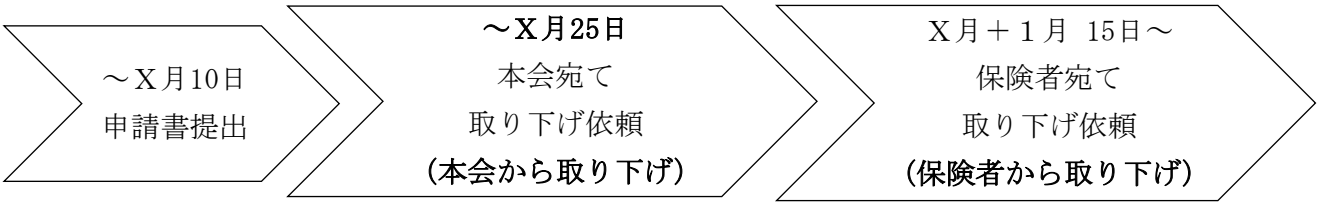
▸宮城県後期高齢者医療広域連合の「資格返戻ふせん」は、添付不要です。

（３）申請書の取り下げ方法について

①「取り下げ依頼書」を提出月の 25 日（12 月は 20 日）必着で本会へ提出してください。

②　８ページ「取り下げ依頼書」の留意事項をご確認ください。

＊取り下げ依頼書は、「宮城県国保連合会ホームページ」の「柔整施術所のみなさまへ」－「取り下げ依頼書」からダウンロードしてください。



柔道整復療養費

取り下げ依頼書

令和　　年　　月　　日

宮城県国民健康保険団体連合会　行

宮城県国保連コード （本会で付番した施術所コード：数字5ケタ）	０４５						
施術所名称及び住所等	名称						
	住所						
	（電話番号　　－　　－　　）						
施術管理者氏名 （柔道整復師）							
担当者名							

保険種別	４ 国保	６ 後期	
保険者番号		被保険者 記号・番号	
施術年月	令和　　年　　月	請求年月	令和　　年　　月
療養を受けた者の氏名		生年月日	2 大正　3 昭和 4 平成　5 令和 年　　月　　日
合計金額	円	請求金額	円
取下げ理由			

【留意事項】

1. 取り下げ対象となる支給申請書単位で作成してください。
2. 該当箇所をすべて記入してください。**（請求時の申請内容）**
3. 提出月の25日（12月は20日）必着です。
4. 上記3を過ぎたものは、各保険者又は、宮城県後期高齢者広域連合へ直接依頼してください。

【送付先及び担当課】

〒980-0011

宮城県仙台市青葉区上杉1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

４．柔道整復施術療養費支給申請書の記入方法について

＊本文中の①から⑭については、11 ページをご参照ください。

（１）保険者番号等の欄　①～⑧

①「年月分」欄は、施術を行った年月を記入してください。

②「都道府県番号」欄は、宮城県の県番号「０４」を記入してください。

③「施術機関コード」欄は、宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）を記入してください。

④「保険者番号」欄は、被保険者の保険者番号を記入してください。（２ページ参照）

⑤「記号・番号」欄は、被保険者の記号・番号を記入してください。

▸記号・番号欄に「枝番」は、不要です。

▸仙台市の記号は、「仙台」です。番号は、「７ケタ」です。

誤りの例：仙市〇〇〇－〇〇〇〇　や　青葉区～泉区の記入が散見されます。

▸建設業国保組合の記号は「宮建」です。

誤りの例：「宮健」の記入が散見されます。

▸後期高齢者の「記号」はありません。番号のみ「８ケタ」です。「・」、「－」は不要です。

⑥「保険種別、単併区分、本家区分、給付割合」欄は、以下の例に基づき、該当箇所をズレのないよう〇で囲んでください。

▸〇で囲む際のズレが散見されますのでご留意願います。

【 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

②７０歳以上、上位所得で７割の場合

③未就学児で８割の場合

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」に〇を付けてください。

【 後期高齢者 】の場合

①後期高齢者で７割の場合

②後期高齢者で８割の場合

③後期高齢者で９割の場合

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、17 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」欄は、宮城県の 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に記入してください。
　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なしの場合は、給付割合の「10」を〇で囲まないでください。
⑧「氏名」欄は、国保の場合は、世帯主名・組合員の氏名を記入してください。
「住所」欄は、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　⑨～⑫

⑨「療養を受けた者の氏名」「生年月日」欄は、氏名、性別、生年月日を記入してください。
▸生年月日に「国保の取得年月日」を記入されている場合がありますので注意してください。
⑩「負傷原因等」欄は、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）を記入してください。
▸記入しきれない場合は、摘要欄に記入してください。
⑪「合計」欄は、施術に要した費用額（10 割分）を記入してください。
⑫「摘要」欄は、『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』などを記入してください。乳幼児医療助成対象者で自己負担額がある場合は、自己負担金額を記入してください。
▸仙台市の方で初検料を算定している申請書は、「摘要」欄又は「一部負担金」欄に徴収した金額を記入してください。（令和８年３月施術分まで）

摘　要								
記載例：乳幼児自己負担　５００円	合　　計							円
	一部負担金							円
	請求金額							円
	※							円

（３）施術証明欄　⑬

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」欄に記名してください。

（４）受取代理人への委任の欄　⑭

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。
　患者が記入することができない場合は、柔道整復師が自筆により代理記入し、患者からぼ印を受けてください。
▸上記以外の記入方法に　つきましては、厚生労働省の「通知」や「Ｑ＆Ａ」を参照の上、記入してください。

（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 住所	氏名	⑧	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 回 加算 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 ⑫

合計	⑪	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		円

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関			フリガナ	登録記号番号
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	― ―
					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 請求書の記入方法について

【注意事項】

①～⑦を記入してください。

①は、直近の施術年月を記入してください。月遅れ申請書の施術月を記入しないでください。

▸例：〇年５月施術分の請求書に〇年３月施術分の申請書を含める場合は、〇年５月分と記入してください。

③は、宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）です。

（記入例：０４５００９９９）

④⑤は、２ページの保険者一覧を参照してください。

▸仙台市は、代表保険者番号「０４４００８」です。すべての区を一括して請求してください。

⑦は、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　令和 ①　年　月分　国民健康保険療養費請求書

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

保険者番号 ④	0	4				

保険者名　宮城県 ⑤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　殿

下記のとおり請求する。

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			

６．後期高齢者医療 柔道整復施術療養費 請求書の記入方法について

【注意事項】

①～⑤を記入してください。

①は、直近の施術年月を記入してください。月遅れ申請書の施術月を記入しないでください。

▸例：〇年５月施術分の請求書に〇年３月施術分の申請書を含める場合は、〇年５月分と記入してください。

③は、宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）です。

（記入例：０４５００９９９）

⑤は、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

② 柔整師登録番号 契 ― 0 ― 0

③ 宮城県国保連コード 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。

令和　　年　　月　　日

④ 柔道整復施術所の
所在地及び名称
電話番号
氏名

⑤

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」に記入してください。

７．総括表の記入方法、請求書と申請書の綴り方について

（１）総括表の記入方法

【注意事項】

①～⑤を記入してください。

①は、直近の施術年月を記入してください。月遅れ申請書の施術月を記入しないでください。

▸例：〇年５月施術分の請求書に〇年３月施術分の申請書を含める場合は、〇年５月分と記入してください。

③は、宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）です。

（記入例：０４５００９９９）

【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

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

① 令和　年　月分

④ 柔道整復施術所の所在地及び名称

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。

⑤

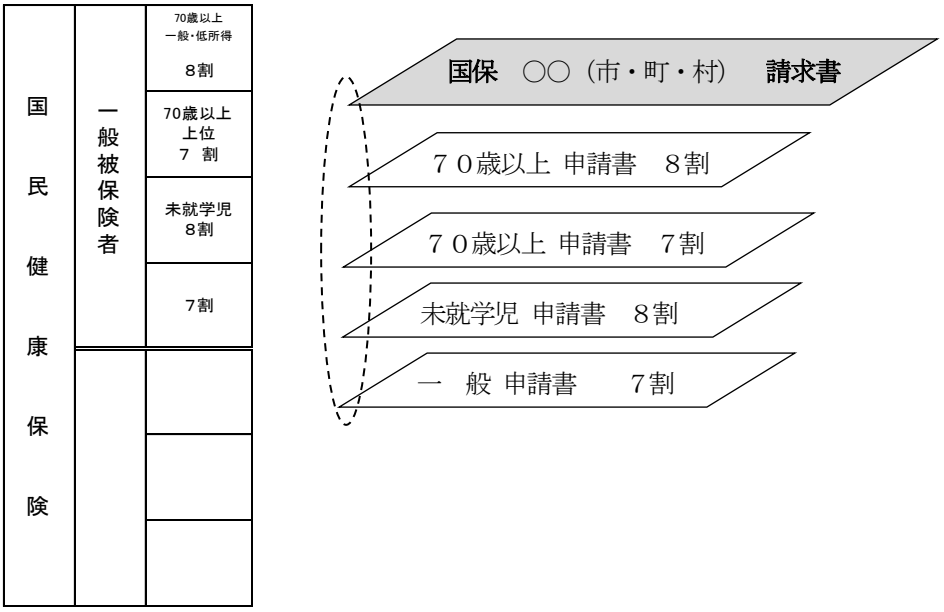
区分		件数	費用額
国民健康保険	一般被保険者	件	
国民健康保険			
後期高齢者医療		件	
合計		件	円

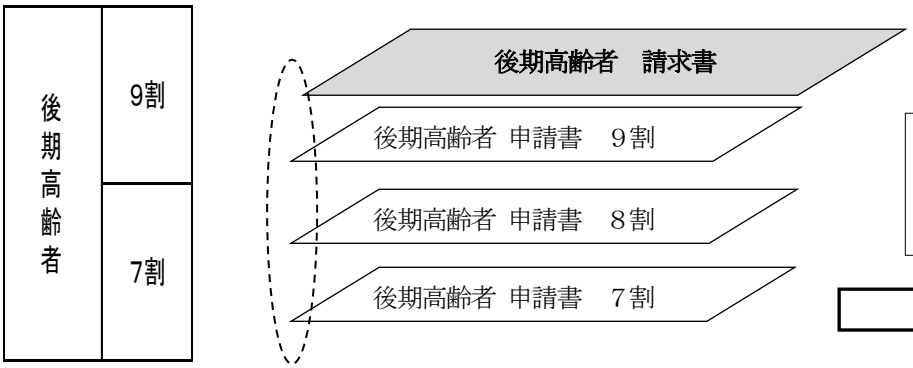
費用額（請求書の合計（10割）の合計を記入してください。

（２）総括表、請求書、申請書の綴り方

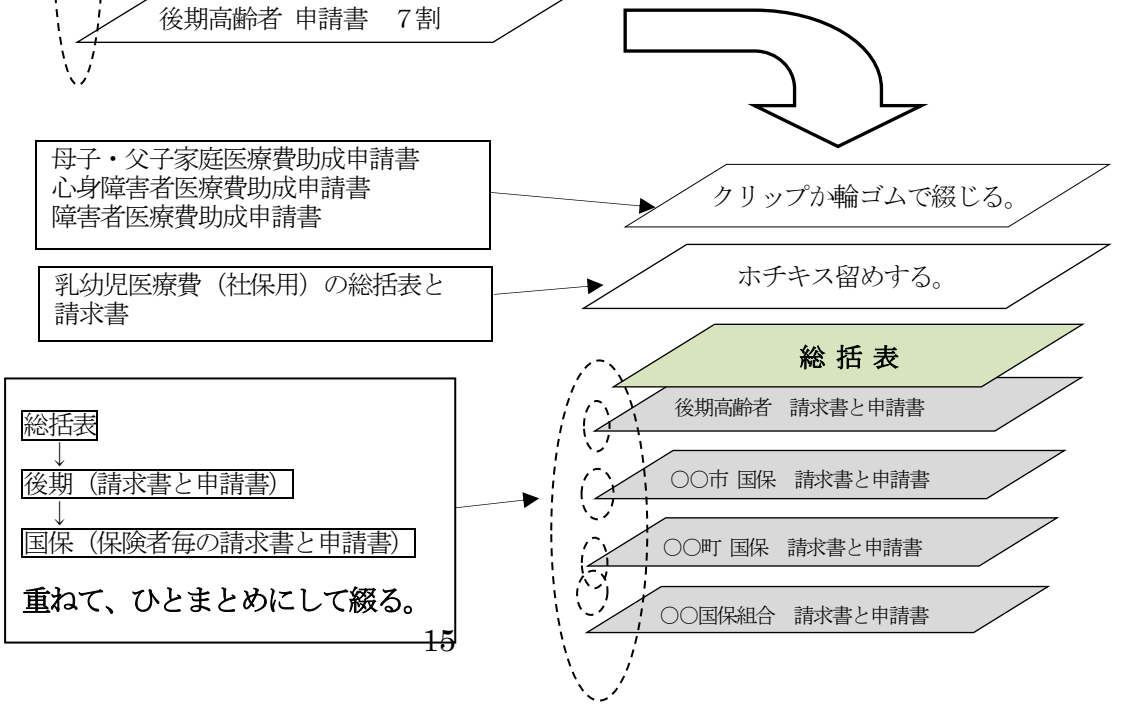
①請求書と申請書は、保険者単位でとりまとめ、左上部で綴じます。
②保険者単位で綴じた①を保険者番号順にして、最上部に総括表を載せて、さらに左上部を綴じます。

①
申請書は、請求書の記載順に綴ります。





②
下図のとおりの順にして提出してください。



８．宮城県乳幼児医療費助成制度の請求方法について

（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入してください。

（２）社会保険加入者の場合

〇総括表（社保用）について

・総括表は、必ず１部作成し、提出の際は、連記式請求書の先頭に添付し、ホチキス等でまとめて綴じてください。

【注意事項】

①～⑤を記入してください。

①は、宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）の下５ケタを記入してください。

②は、提出した年月を記入してください。

④は、柔整「１９」を〇で囲んでください。

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

宮城県国保連合会で付番した施術所機関コード（宮城県国保連コード）の下５ケタを記入する。
例：04559034→59034と記入する。

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 年　月提出分

保険医療機関の所在地及び名称　③　宮城県〇〇市△丁目□-×　〇〇整骨院

電話番号　〇〇〇-△△△-□□□□

開設者氏名　宮城　太郎

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

○連記式請求書（社保用）について

・市区町村毎・施術年月毎に作成してください。

【注意事項】

①、③、⑥～⑩を記入してください。

⑥は、市区町村毎等に関係なく、重ねた順番の通し番号となります。

⑦仙台市の場合は、「仙台市○○区長」宛てとなります。

⑧は、施術を行った年月を記入してください。

乳幼児医療費請求書（社保用）

医療機関等コード①		1	2	3	4	5	ページ⑥ 1

市町村⑦ ○○市 長 殿

仙台市の場合、「仙台市○○区長」宛てとなります。

⑧ 年 月診療分

下記のとおり請求いたします。

年 月 日

③ 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

柔整
19

4ケタの場合は、右づめで記入してください。

	入外区分	乳幼児公費負担者番号	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				
⑨ 1	4	8 3 0 4 0 8 1 6	0 0 0 0 4 4 4 4	H・R . .	2	1,000	200	
		0 0 0 1 2 1 4	アオバ ハナコ	2				
2								
4				. .				
5				. .				
10				. .				
			⑩ 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。

1＝男
2＝女
数字で記入してください。

請求金額には、費用額（10割分）を記入してください。

「本人・家族」欄の４：六外 ６：家外を数字で記入してください。

請求金額は、四捨五入しないでください。一部負担金（５００円等）がある場合は、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。

９．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。
・年間の受付日、支払予定日については、宮城県国保連合会ホームページの「柔整施術所のみなさまへ」－「請求期日・支払日一覧」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 ・申請書の記載口座に振込 ・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） **【イメージ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	個人 団体
診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書（A4 横） **【イメージ②】（20 ページ参照）**	国保、後期の内訳	個人 団体
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	個人 団体
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	個人
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	個人
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	個人
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	団体
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。

【注意】
　審査委員会の返戻については、支給申請書を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。

【イメージ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　　年　９月　　日 作成

柔整団体機関コード	00
柔整団体機関名	会

柔整施術機関

〒　045-00
宮城県

整骨院

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。

令和　　年 07 月分

施術機関コード		振込日
0 0		令和　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、公費（法別８３公費：乳幼児医療費助成）、
社保乳幼児、後期高齢者毎に記載します。

振込総額	

【イメージ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　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　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	過剰	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、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