

柔道整復師の皆様向け

令和3年8月からの 福祉医療への現物給付方式の導入について

長野県健康福祉部健康福祉政策課

① 制度の概要

現物給付方式とは

手引き：P1～2

ポイント

利用される方の窓口負担を減らし、施術を受けやすくするための制度です

施術所を利用される方が、窓口で被保険者証とともに福祉医療費受給者証（以下、「受給者証」という。）を提示することにより、**受給者証に記載された自己負担金を支払うこと（または無料）**で施術を受けることができます。

自動給付方式の場合（これまでの取扱い）

保険分（7割） 7,000円	利用者 一旦窓口で支払い の窓口負担額	
	福祉医療費 2,500円	自己負担金 500円

現物給付方式の場合（新しい取扱い）

保険分（7割） 7,000円	福祉医療費 2,500円	利用者 窓口での支払い不要 の窓口負担額
		自己負担金 500円

窓口負担が軽減

福祉医療費受給者証

手引き：P4～5

ポイント

現物給付方式の対象者は受給者証により確認します

現物		児	福祉医療費受給者証							
公費負担者番号		8	3	2	0					
受給者番号										
受給	住所									
	氏名									
	生年月日									
自己負担金	入院	1レセプトにつき上限500円								
	通院	1レセプトにつき上限500円								
	保険調剤	1レセプトにつき上限500円								
	訪問看護療養費	1レセプトにつき上限500円								
	柔道整復施術療養費	1レセプトにつき上限500円								
	入院時食事療養費	助成なし・助成あり・2分の1助成								
摘要	※鍼灸院は現物給付ではありません。 ※障害者住所地特例対象者は「住所地特例該当」と明記する。 ※福祉医療費給付対象が限定される受給者については、内容を記載する。 例) 自立支援医療(精神通院)の医療費助成									
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
〇〇市町村長		印								
交付年月日	年 月 日									

現物給付方式の場合、**現物**と印刷されています

現物給付方式の受給者証は**あじさい色**です
(自動給付方式は**若草色**です)

※受給者証の内容は市町村により多少異なることがあります。

② 施術所の皆様をお願いしたいこと

ポイント

現物給付方式の取扱いを行うために、長野県と契約を締結していただく必要があります

福祉医療費給付事業において現物給付の取扱いを行い、福祉医療費の請求を行うためには、事前に以下のとおり**長野県と現物給付（受領委任払い）の取扱いに関する契約を締結**する必要があります。

- **団体に加入されている柔道整復師の方・・・団体と県で契約を締結**
- **団体に加入していない柔道整復師の方・・・県と各施術所で契約を締結**

契約のお手続きに関する**お問い合わせはこちら**にお願いします

【問合せ先】

担当部署：長野県 健康福祉部 健康福祉政策課 企画調整係
 電 話：026-235-7097

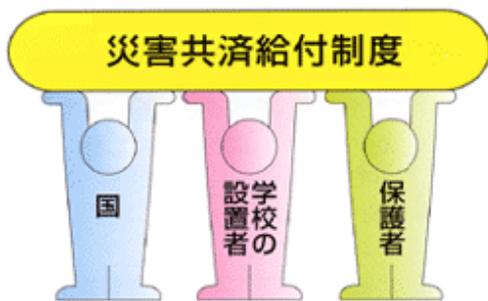
ポイント

学校管理下での負傷の場合、原則として福祉医療の対象にはなりません

受給者が**学校管理下での負傷**により施術を受けた場合には、次の点にご注意ください。

- ・学校管理下での負傷で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる費用については、原則として福祉医療の対象になりません。
- ・保護者から学校管理下での負傷であるとの申し出があった場合には、福祉医療を使わず、保険施術の一部負担金である3割（未就学児は2割）を請求してください。

災害共済給付制度



国・学校の設置者・保護者の三者による互助共済制度

独立行政法人日本スポーツ振興センターでは、義務教育諸学校、高等学校、高等専門学校、幼稚園、幼保連携型認定こども園、高等専修学校及び保育所等の管理下における災害に対し、災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金の支給）を行っています。

ポイント

受給者証に記載されている自己負担金に応じた徴収・請求をする必要があります

		現物	児	福祉医療費受給者証			
公費負担者番号		8	3	2	0		
受給者番号							
受給	住所						
	氏名						
	生年月日						
自己負担金	入院	1レセプトにつき上限500円					
	通院	1レセプトにつき上限500円					
	保険調剤	1レセプトにつき上限500円					
	訪問看護療養費	1レセプトにつき上限500円					
	柔道整復施術療養費	1レセプトにつき上限500円					
	入院時食事療養費	助成なし・助成あり・2分の1助成					
摘	要	<small>※鍼灸院は現物給付ではありません。 ※障害者住所地特例対象者は「住所地特例該当」と明記する。 ※福祉医療費給付対象が限定される受給者については、内容を記載する。 例) 自立支援医療(精神通院)の医療費助成</small>					
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで					
〇〇市町村長		印					
交付年月日		年 月 日					

- ① 窓口では、受給者証に記載されている自己負担金まで徴収します。
- ② 同一月に2日以上 of 施術があった場合は、自己負担金に達するまで徴収します。
- ③ 保険施術の一部負担金と自己負担金の差額を国保連合会に請求します。

現物	児	福祉医療費受給者証				
公費負担者番号	8	3	2	0		
受給者番号						
受給	住所					
	氏名					
自己負担金	生年月日					
	入院	1レセプトにつき上限500円				
	通院	1レセプトにつき上限500円				
	保険調剤	1レセプトにつき上限500円				
	訪問看護療養費	1レセプトにつき上限500円				
	医療費助成金	1レセプトにつき上限500円				
摘要	入院時金療養費	助成なし・助成あり・2分の1助成				
	備考	※鍼灸院は現物給付ではありません。 ※障害者住所特例対象者は「住所地特例該当」と明記する。 ※福祉医療費給付対象が限定される受給者については、内容を記載する。 例) 自立支援医療(精神通院)の医療費助成				
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
〇〇市町村長	印					
交付年月日	年 月 日					

「1レセプトにつき上限500円」

費用の総額が3,000円で、保険負担額の一部負担金が900円（3割）の場合

費用額 3,000円		
保険負担額 2,100円	保険施術の一部負担金 900円	
	福祉医療費 (自己負担金との差額) 400円	自己負担金 (受給者証に記載) 500円
	↓ 国保連合会に請求	↓ 受給者から徴収

自己負担金500円を窓口で徴収し、
一部負担金との差額400円を国保連合会に請求します。

現物	印	福祉医療費受給者証					
公費負担者番号	8	3	2	0			
受給者番号							
住所							
氏名							
生年月日							
自己負担金	入院	1レセプトにつき上限500円					
	通院	1レセプトにつき上限500円					
	入院調剤	1レセプトにつき上限500円					
	訪問看護療養費	1レセプトにつき上限500円					
	看護施設利用療養費	1レセプトにつき上限500円					
入院時食事療養費	助成なし・助成あり：2分の1助成						
備	<small>※給付額は現物給付ではありません。 ※障害者住所特例対象者は「住所特例認定」と明記する。 ※福祉医療費給付対象が認定される受給者については、内容を記載する。 例）自立支援医療（精神通院）の医療費助成</small>						
有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで						
〇 市町村長 印							
交付年月日	年 月 日						

「1レセプトにつき上限500円」

1回目の施術費用の総額が2,000円で、保険負担額の一部負担金が400円（2割）

【通院1回目】 費用額 2,000円

保険負担額（8割） 1,600円	自己負担金 400円
---------------------	---------------

自己負担金400円を窓口で徴収

2回目の施術費用の総額が4,000円で、保険負担額の一部負担金が800円（2割）

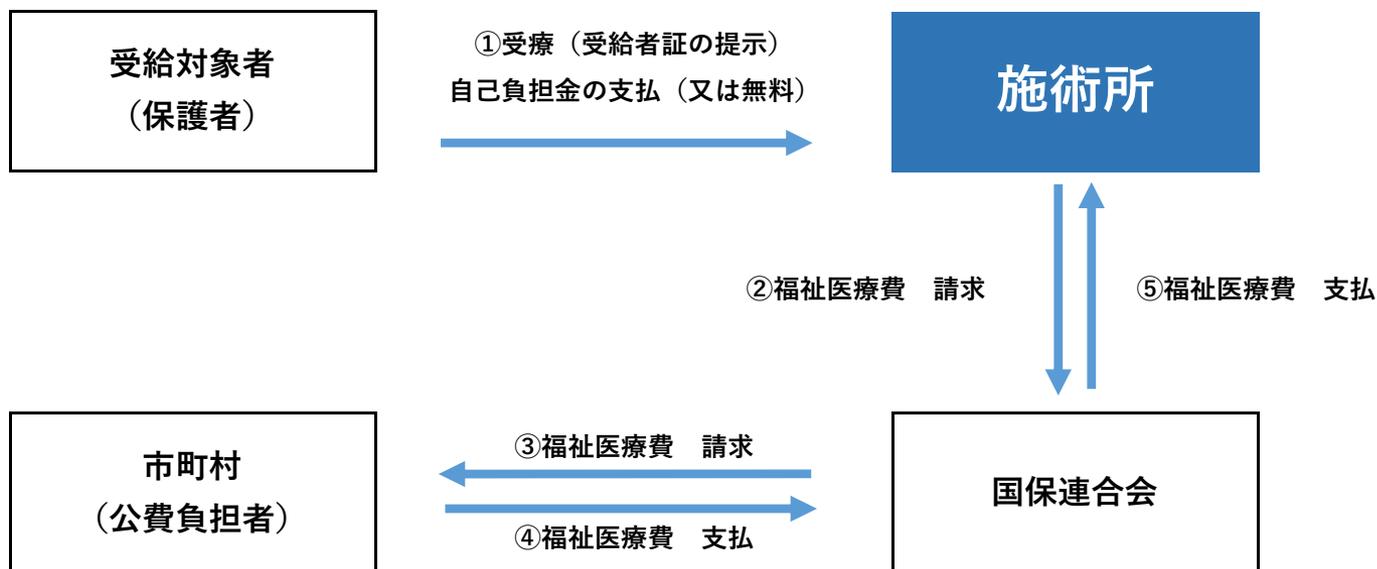
【通院2回目】 費用額 4,000円

保険負担額（8割） 3,200円	福祉医療費 700円	自己負担金 100円
---------------------	---------------	---------------

100円（自己負担金500円－1回目の徴収額400円）を窓口で徴収し、一部負担金との差額700円を国保連合会に請求

ポイント

福祉医療費については、**施術の翌月10日までに、国保分・被用者保険分ともに国保連合会に請求します。**



- ・ **施術の翌月10日までに、国保分・被用者保険分とも国保連合会に請求します。**

※自動給付方式の請求期限はこれまでどおり施術の翌月15日です。

- ・ その後、国保連合会で内容を確認の上、市町村に請求を行い、
 施術所には**請求の翌月に国保連合会から福祉医療費が支払われます。**

留意点 1

福祉医療費は柔整療養費と同一口座への振り込みとなります

福祉医療費を柔整療養費と異なる口座へ振り込むことはできませんので、御了承ください。

留意点 2

市町村から支払われる事務手数料は、福祉医療費の給付方式や加入保険区分により異なります

加入保険区分	自動給付方式	現物給付方式
国民健康保険	195円／1件あたり	なし
被用者保険		195円／1件あたり

※事務手数料は1年分をまとめて毎年度末までに支払われます

ポイント

福祉医療費については、すべて国保連合会に請求しますが、国保分と被用者保険分とで提出書類が異なります

【国保分】

柔道整復施術療養費・医療費支給申請総括票（Ⅰ）

A市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ-1）

A市福祉医療費支給申請総括票（公費請求分）

A市 83・85・87 柔道整復施術療養費支給申請書

・

A市柔道整復施術療養費支給申請書

・

B市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ-1）

B市福祉医療費支給申請総括票（公費請求分）

B市 83・85・87 柔道整復施術療養費支給申請書

・

B市柔道整復施術療養費支給申請書

・

後期高齢者医療柔道整復施術療養費支給申請総括票（Ⅱ-2）

柔道整復施術療養費支給申請書

・

【被用者保険分】

社保分 こども柔整請求書

83 柔道整復施術療養費支給申請書（写）

・

85 柔道整復施術療養費支給申請書（写）

・

87 柔道整復施術療養費支給申請書（写）

・

が新たに作成等が必要な資料です

【国保分】

柔道整復施術療養費・医療費支給申請総括票 (I)

A市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-1)

A市福祉医療費支給申請総括票 (公費請求分)

A市83・85・87柔道整復施術療養費支給申請書

A市柔道整復施術療養費支給申請書

B市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-1)

B市福祉医療費支給申請総括票 (公費請求分)

B市83・85・87柔道整復施術療養費支給申請書

B市柔道整復施術療養費支給申請書

後期高齢者医療柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-2)

柔道整復施術療養費支給申請書

国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票 (公費請求分)

保 険 者 番 号					県番号	柔 道 整 復 師 番 号					柔 整	
2	0				2	0						7

公費負担 ※こども柔整分を再掲してください。

		件数	実日数	金 額	受給者負担額	※ 備 考			
83	請 求					増 減	件	日	円
	※ 決 定					返 戻			
85	請 求					増 減	件	日	円
	※ 決 定					返 戻			
87	請 求					増 減	件	日	円
	※ 決 定					返 戻			

(注) 太線内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。

ポイント

国保分については、新たに本様式を作成します

提出書類 (国保分)

手引き：P8～9、23

【国保分】

柔道整復施術療養費・医療費支給申請総括票 (I)

A市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-1)

A市福祉医療費支給申請総括票 (公費請求分)

A市83・85・87柔道整復施術療養費支給申請書

A市柔道整復施術療養費支給申請書

B市国民健康保険柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-1)

B市福祉医療費支給申請総括票 (公費請求分)

B市83・85・87柔道整復施術療養費支給申請書

B市柔道整復施術療養費支給申請書

後期高齢者医療柔道整復施術療養費支給申請総括票 (II-2)

柔道整復施術療養費支給申請書

ポイント

支給申請書の

- 公費負担医療の受給者番号①に番号を記載
- 摘要欄の右下に受給者負担金額を記載

※ 保険者が長野県以外（保険者番号上2桁が「20」以外）の場合は、原本ではなく写しを添付します

(様式第5号)
柔道整復施術療養費支給申請書
令和 年 月 分

都道府県番号 施設機関コード
保険者番号

記号・番号
公費負担者番号① 83200014 公費負担医療の受給者番号① 0000018
公費負担者番号② 公費負担医療の受給者番号②

1.損 2.組 3.共 4.単 5.退 6.退 7.退 8.退 9.退
1.単換 2.本人 3.3併 4.六歳 5.高1 6.高2 7.高3 8.高7 9.高7

被保険者 氏名 住所
世帯主・組合員の受給者 住所

公費①へ番号を記載

療養を受けた者の氏名 生年月日 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

1男 1明2大3昭4平5令
2女 年月日

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 再検料 円 往療料 km 回 円 金庫副子等加算(大・中・小) 円 計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円 加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円 施術情報提供料 円 計 円

部位	進減%	進減開始月日	後療料 円 回	冷電法料 円 回	温電法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多部位 円	長期 円	計 円
(1)	100	—								
(2)	100	—								
(3)	60	—								
(4)	100	—								

摘要欄の右下に受給者負担金額を記載 (記載例) 受給者負担金 500円

合計 円
一部負担金 円
請求金額 円
※ 円

支払区分 1:普通 2:銀行送金 3:当座私 4:別段
預金の種別 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段
金融機関 銀行 金庫 農協
本店 支店 本・支所

登録記号番号

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 〒 施設名称 電話番号 フリガナ 柔道整復師氏名

受取代理人の欄 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 氏名 受給者

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とする。(※は保険者使用欄)

提出書類 (被用者保険分)

手引き : P 8 ~ 9、22

【被用者保険分】

社保分 こども柔整請求書

83 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

85 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

87 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

令和 年 月分 社保分 こども柔整請求書(提出先 施術所 → 長野県国保連合会)

柔道整復師・住所・氏名

印

保 険 者 番 号								県番号		柔 道 整 復 師 番 号						柔 整		
9	9	9	9	9	9	9	9	2	0									7

公費負担

		件数	実日数	金額	受給者負担額	※ 備 考			
						増減	件	日	円
83	請求					増減	件	日	円
	※決定					返戻			
85	請求					増減	件	日	円
	※決定					返戻			
87	請求					増減	件	日	円
	※決定					返戻			

(注) 太線内のみ記入し、※印欄は記入しないこと。

ポイント

社保分については、新たに本様式を作成します

提出書類 (被用者保険分) 手引き : P 8 ~ 9、23

【被用者保険分】

社保分 こども柔整請求書

83 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

85 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

87 柔道整復施術療養費支給申請書 (写)

ポイント

支給申請書の

- ・ 公費負担医療の受給者番号①に番号を記載
- ・ 摘要欄の右下に受給者負担金額を記載
- ・ 右肩に(写)と記載 (黒字で可)

(様式第 8 号) **写しの場合(被用者保険分)には(写)と記載(黒字で可) → (写)**

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

新年度標準 番号 施術機関コード

保険者番号

記号・番号

公費負担者番号① 832000014 公費負担医療の受給者番号② 00000018

公費負担者番号③ 公費負担医療の受給者番号④

被保険者 氏名 住所 公費①へ番号を記載

世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生年月日 傷病の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令

2 女 年 月 日

傷病名	発症年月日	初療年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(1)						治癒・中止・転区
(2)						治癒・中止・転区
(3)						治癒・中止・転区
(4)						治癒・中止・転区
(5)						治癒・中止・転区

※被用者保険分の支給申請書写しであっても、医療保険用の申請書と同様に記載

経過

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

初療料 円 初療時 相談料 円 再療料 円 往療料 km 回 円 金具割子等加算(大・中・小) 円 計 円

加算(休日・深夜・時間外) 円 加算(夜間・遅延・暴風雨雪) 円 施術情報提供料 円

部位	療養開始	療養料	冷電療料	温電療料	電療料	計	多額計	長期計
①	100	—	—	—	—	—	—	—
②	100	—	—	—	—	—	—	—
③	60	—	—	—	—	—	—	—
④	100	—	—	—	—	—	—	—

摘要欄の右下に受給者負担金額を記載 (記載例) 受給者負担金 500円

合計	一部負担金	請求金額
円	円	円
円	円	円
円	円	円

支払区分 現金の額 金額換算 銀行 本店 刃切? 登録記号番号

1:振込 1:普通 口座 2:銀行送金 2:当座 名 3:当地振 3:通知 本・支所 4:別振 口座

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 〒 受取代理人の 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 氏名 受給者

備考 この用紙は、日本工業規格 JIS S 1004-4 種とすること。(※は保険者用紙)

お問い合わせ先

ご不明な点等がございましたら、以下までご連絡ください。

制度・見直し全般について

長野県 健康福祉部 健康福祉政策課 企画調整係

電話：026-235-7097

Eメール：kenko-kikaku@pref.nagano.lg.jp

書類の記載方法について

長野県国民健康保険団体連合会 保険者支援課

電話：026-238-1582