

横浜市
小児医療費助成制度
現物給付の手引き
(施術師用)

※神奈川県国民健康保険団体連合会へ請求する場合

令和3年4月施術分以降

令和2年12月1日

横浜市健康福祉局医療援助課

横浜市の請求支払の概要

横浜市では、令和3年4月1日の診療分から、1、2歳児の所得制限をなくしました。

保護者の方の所得が基準額以上の1、2歳児と小学4年生から中学3年生については、通院1回の負担上限額を500円までとし、500円を超える額を助成することになります。

※小学4年生から中学3年生のうち、保護者の方の市民税が非課税の場合は、全額助成です。

1 通院の助成内容

施術1回につき、下記から500円を除いた額を助成します。

- (1) 保険給付対象の一部負担金額
- (2) 公費負担医療に対する一部負担金額
 - ・公費負担医療の適用後の自己負担額

2 対象医療機関等

柔道整復師の施術、鍼灸、あんま、マッサージ師の施術

3 一部負担金額の徴収

自己負担上限額（一部負担金）：「通院1回につき500円※入院、調剤は一部負担金なし」と記載された医療証の提示があったものについては、一部自己負担金を徴収してください。

(1) 施術の場合

施術1回につき、500円まで徴収します。500円を超える額が助成対象となります。

- ・一部負担金額（2割又は3割分）が500円に満たない場合は、助成の対象になりません。
- ・窓口での徴収は、500円に満たない場合は10円未満を四捨五入しての徴収となります。

4 診療報酬請求書の請求先

神奈川県国民健康保険団体連合会

5 支払方法

診療報酬等と合算して指定された口座に振り込みます。

請求要領

1 請求方法

公費負担医療に準じた請求とします。

2 公費負担者番号の設定

法別番号を「81」とし、平成29年4月施術分からの公費負担者番号を以下のとおりとしています。

一部負担金のない医療証と一部負担金のある医療証があります。

	一部負担なし(既存)	一部負担あり(新規)		一部負担なし(既存)	一部負担あり(新規)
鶴見区	81144016	81144511	金沢区	81144107	81144602
神奈川区	81144024	81144529	港北区	81144115	81144610
西区	81144032	81144537	緑区	81144123	81144628
中区	81144040	81144545	青葉区	81144172	81144677
南区	81144057	81144552	都筑区	81144180	81144685
港南区	81144065	81144560	泉区	81144164	81144669
保土ヶ谷区	81144073	81144578	栄区	81144156	81144651
旭区	81144081	81144586	戸塚区	81144131	81144636
磯子区	81144099	81144594	瀬谷区	81144149	81144644

※横浜市は、81144511～81144685（18個）を平成29年4月診療分から追加しました。

※横浜市請求コードは、従前のとおり「81144008」となります。

- ### 3 申請書の作成
- 別添「柔道整復施術療養費支給申請書の場合」「はり・きゅう施術療養費支給申請書の場合」「マッサージ施術療養費支給申請書の場合」及び国民健康保険団体連合会ホームページをご参照し作成してください。

(乳) 医療証様式

1. 医療証

【1】一部負担あり

横浜市 (乳) 医療証											
公費負担者番号		8	1	※	※	※	※	※	※	※	
受給者番号		1	2	3	4	5	6	7			
対象小児	住所										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	性別						
有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで			
自己負担上限額 (一部負担金)	通院1回につき500円 ※入院、調剤は一部負担金なし										
発行者	横浜市 長										
発行区課	〇〇区保険年金課							印			
交付年月日	年	月	日								

【2】一部負担なし

横浜市 (乳) 医療証											
公費負担者番号		8	1	※	※	※	※	※	※	※	
受給者番号		1	2	3	4	5	6	7			
対象小児	住所										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	性別						
有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで			
自己負担上限額 (一部負担金)	0円										
発行者	横浜市 長										
発行区課	〇〇区保険年金課							印			
交付年月日	年	月	日								

はり・きゅう施術療養費支給申請書の場合

機関コード (はり・きゅう)

(平成 年 月 分)

特記事項

9 鍼灸	1. 社国 2. 公費	3. 後期 4. 退職	2. 本外 4. 六外 6. 家外	8. 高外 0. 高外	給付割合 8 9 10
種類 05. 鍼灸					

公費負担者番号	8 1 1 4 * * * *	保険者番号		
公費受給者番号	* * * * * *	被保険者記号・番号		
療養を 受けた者の 氏名	(フリガナ) _____ 男 女	被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過		
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数	
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	業務上・外、第三者行為の有無	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()	発病又は負傷年月日	
	初検料		請求区分	
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用	円	新規・継続	
	はり	円 × 回 = 円	転帰	
	施 術 料 往 復	令和3年4月施術分より、1、2歳及び小学4年生から中学3年生の通院1回につき自己負担上限額500円が発生します。1回の自己負担相当額が500円を超える場合が、助成対象となります。 自己負担額が発生しない受給者もいるため、医療証の自己負担上限額をご確認ください。		・転医 要 理由等)
	加算 (km)	円 ×		
	合計金額		円	
	一部負担金 (1割・2割・3割)		円	
請求金額		円		
施 術 証 明 欄	請求金額は、合計金額より一部負担金を差し引いた金額をご記載ください。			
	住所	出張専門施術者住所地		
	免許登録番号 _____ はり師	住所		
免許登録番号 _____ きゅう師	氏名 _____ 印	電話 _____		
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 千 一 住所			
	市町村 _____ 世帯主 _____ 国民健康保険組合 _____ 組合員 _____ 後期高齢者医療広域連合 _____ 長 _____ 被保険者 _____	氏名 _____ 印	電話 _____	
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名 _____ 銀行 信用金庫 農協	
	口座名義人 _____	口座番号 _____	本店 支店 出張所	
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	世帯主 住所 _____ 組合員 _____ 被保険者 氏名 _____ 印	住所 _____	代理人 氏名 _____ 電話 _____	
同 意 記 録	同意医師の氏名 _____	住所 _____	同意年月日 _____	
			傷病名 _____	
			要加療期間 月 日から 月 日まで	

マッサージ施術療養費支給申請書の場合

機関コード (マッサージ)

(平成 年 月 分)

特記事項	9 1. 社国 3. 後期	2. 本外 8. 高外一	給付割合
	マ 2. 公費 4. 退職	6. 家外 0. 高外7	8 9 10
	種類 0 4 . マ		

公費負担者番号	8 1 1 4 * * * *	保険者番号		
公費受給者番号	* * * * * *	被保険者記号・番号		
療養を(フリガナ) 受けた者の 氏名	男 女	被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過		
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数	
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	業務上・外、第三者行為の有無	
	傷病名又は症状		1業務上2第三者行為である3その他 発病又は負傷年月日	
	マッサー ジ	躯幹 円× 回= 円	請求区分	
		右上肢 円× 回= 円	新規・継続	
		左上肢 円× 回= 円	転 帰	
	変形徒 温 温電法・電	令和3年4月施術分より、1、2歳及び小学4年生から中学3年生の通院1回につき、 自己負担上限額500円が発生します。1回の自己負担相当額が500円を超える場合が、 助成対象となります。 自己負担額が発生しない受給者もいるため、医療証の自己負担上限額をご確認ください。		等)
	往療料 2kmまで	円× 回=		
	加算 (km)	円× 回=	円	
	合計金額		円	
一部負担金(1割・2割・3割)		円		
請求金額		円		
施術日 通院○ 往療◎		27 28 29 30 31		
請求金額は、合計金額より一部負担金を差し引いた金額をご記載ください。				
施術証明欄	申請者住所 平成 年 月 日 免許登録番号	住所 あん摩マッサージ指圧師 氏名	印 電話	
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日	住所 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長	世帯主 組合員 被保険者 氏名 印 電話	
支払機関欄	支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所	
委任欄	口座名義人	口座番号		
同意記録	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 世帯主 住所 組合員 住所 被保険者 住所 代理人 住所 氏名 氏名 氏名 印 電話			
	同意医師の氏名	住所	同意年月日 傷病名 要加療期間 月 日から 月 日まで	

一部負担金ありの医療証の提示がある場合のQ & A

1 一部負担金について

Q1 柔道整復師の施術、鍼灸・あんま・マッサージ師の施術の一部負担金額が小児医療の自己負担上限額（通院1回500円）に満たない場合、徴収する金額はどのようになりますか。

A1 各療養費は、1回の施術につき500円まで徴収します。
例えば、一部負担金が480円の場合、480円を徴収してください。
また、一部負担金として徴収する金額は、10円未満を四捨五入して徴収しますが、療養費支給申請書には1円単位で記載してください。

Q2 1日のうち同一の施術所に2回施術した場合、小児医療の一部負担金はどのようになりますか。（同日再診）

A2 小児医療の一部負担金は1回ごとに500円まで徴収しますので、2回分を徴収してください。

2 医療証の資格について

Q1 小児医療費助成事業では、所得制限を設けているが、具体的にどういうことを意味するのですか。

A1 保護者の所得が一定の額以上のときは、小児医療費助成事業の対象とならず、医療証も発行されません。
なお、所得制限の判定は、医療証を発行する際に行いますので、医療機関の窓口では、医療証の提示があった場合のみ現物給付の取扱いをしていただきますよう、お願いいたします。

Q2 医療証の有効期間はどのように設定されていますか。

A2 医療証の有効期間は、お子様によって異なりますので、必ず医療証の有効期間の記載をご確認いただくようお願いいたします。

3 小児医療の療養費支給申請書の請求について

Q1 小児医療の請求はどこに、どのように行うのですか。

A1 小児医療の請求は、加入保険に関らず施術療養費支給申請書により、神奈川県国民健康保険団体連合会へ請求してください。