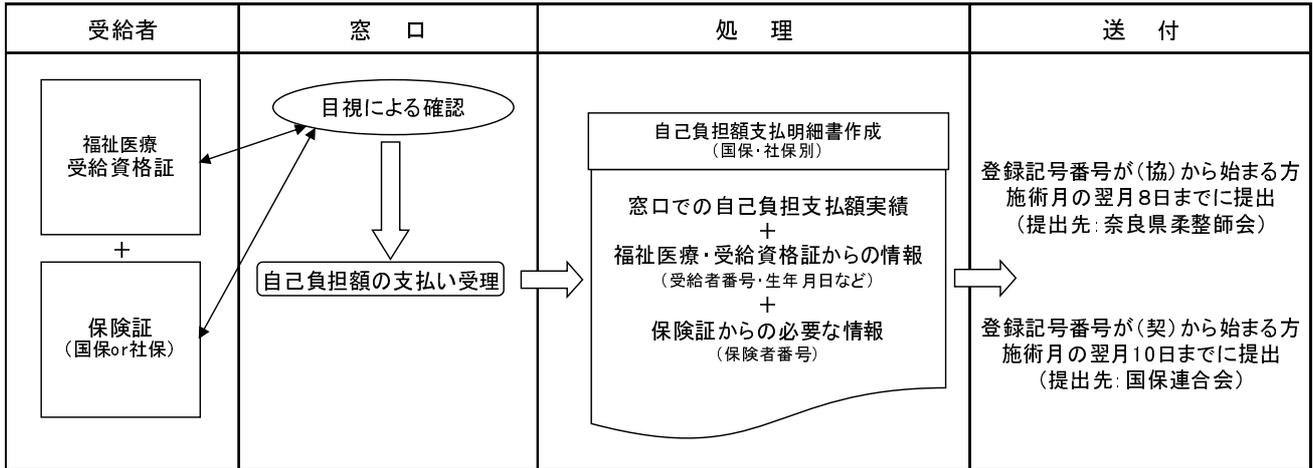
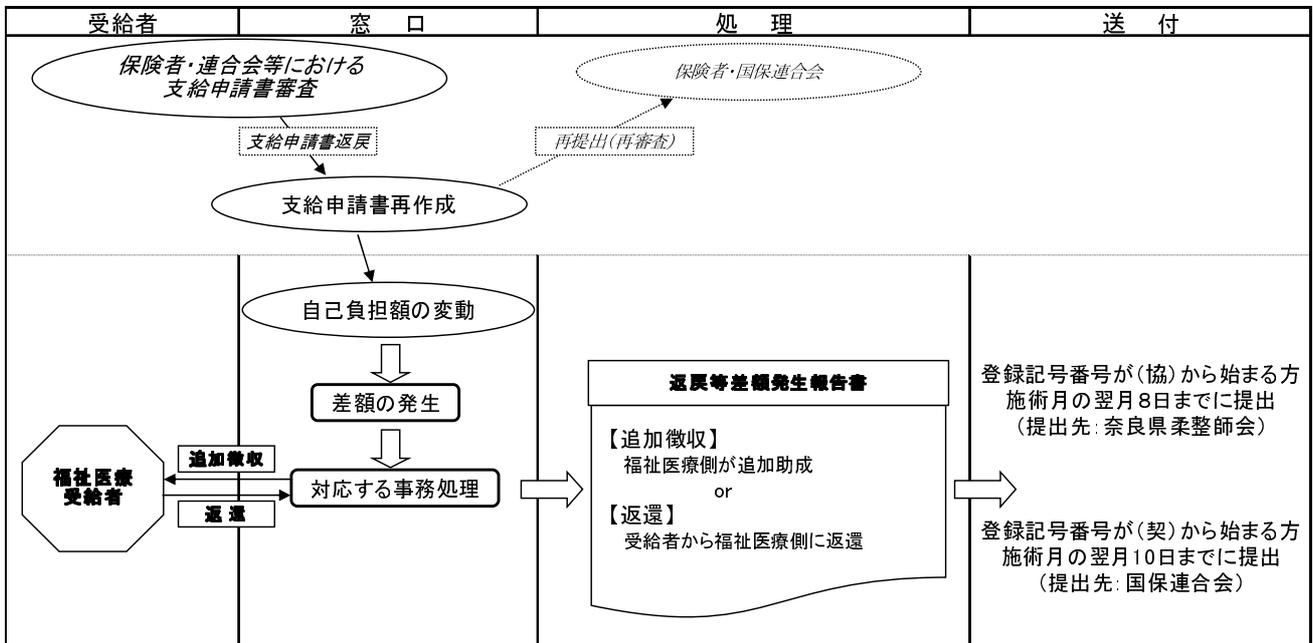


◎施術所における自動償還の処理



◎施術所の窓口における自己負担支払額に関する差額処理



第3章 現物給付方式の取扱いについて

受診の都度、
受給資格証の確認を！

1 現物給付の条件

「福祉医療」において現物給付ができるのは、以下の項目を全て満たす場合に限りです。

- ① 居住する市町村から受給資格証が交付されている未就学児
- ② 県内の施術所（県と福祉医療費助成制度の取扱いに関する契約を締結している施術所に限る。）の窓口で、受給資格証と被保険者証を提示した場合

次の場合には現物給付の取扱いとなりませんので、通常の施術と同じ取扱いをしてください。

- 施術所で**受給資格証の提示がない**場合
(受給者から市町村窓口へ給付を申請する「償還払い」となります。)
- 交通事故等**第三者行為**による施術の場合

2 福祉医療一部負担金の徴収

施術所では、受給者証に記載されている福祉医療一部負担金を徴収し、医療保険の自己負担額（未就学児は2割）と福祉医療一部負担金の差額を、審査支払機関に請求していただきます。

なお、医療保険の自己負担額が福祉医療一部負担金に満たない場合は、医療保険の自己負担額と同額を窓口で徴収してください。市町村への請求は発生しませんが、柔道整復施術療養費支給申請書「写し」への記入漏れがないようお願いします。

**受給資格証に記載されている福祉医療一部負担金
(市町村によって異なります)**

(1) 同一月に再診があった場合

受給資格証に記載された福祉医療一部負担金に達するまで徴収してください。

(例) 同一月で同一施術所における通院（2割負担、福祉医療一部負担金 500 円の場合）

通院 1 回目 総医療費 2,000 円

一部負担金 400 円	医療保険（8割） 1,600 円
----------------	---------------------

2 回目は 1 回目の一部負担金 400 円と福祉医療一部負担金 500 円との差額の 100 円を徴収してください。

通院 2 回目 総医療費 4,000 円

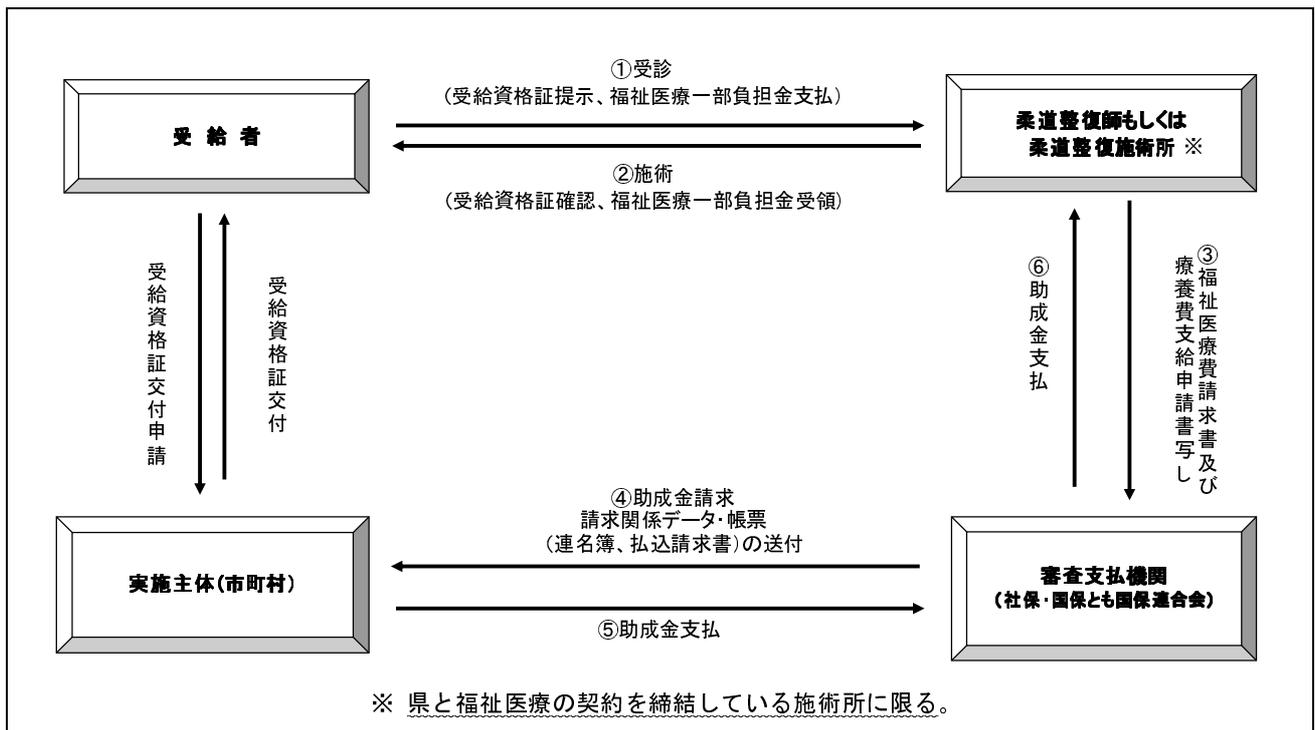
一部負担金 100 円	福祉医療 700 円	医療保険（8割） 3,200 円
----------------	---------------	---------------------

(2) 月途中で公費番号（法別番号）が変更となった場合

それぞれ福祉医療一部負担金を徴収します。

- ① 同一市町村内で適用する制度が変更となった場合（例A市子ども→A市ひとり親）
- ② 居住する市町村が変更となった場合（A市子ども→B市子ども）

3 現物給付における福祉医療費の請求・支払について



① ② 受給者は、**受給資格証と保険証を施術所の窓口で提示**して受診します。

→現物給付を行うには、市町村が発行する受給資格証が必要となり、施術所の窓口では、受診の都度、受給資格証の提示を求め、内容を確認してください。なお、市町村が行っている事業のため、居住市町村が変更となった場合は、事業を実施する市町村が変わります。そのため、受給者の住所に変更がないかの確認も併せてお願いいたします。

③ 施術所は、医療費の保険給付分の請求とは別途、助成金の請求を福祉医療費請求書及び柔道整復施術療養費支給申請書「写し」により、国保分・社保分ともに国保連合会に行います。
(提出書類については次ページ参照)

④ 国保連合会は内容を確認の上、助成金を市町村へ請求します。

⑤ 市町村は、国保連合会からの請求を受けて助成金を支払います。

⑥ 国保連合会は、市町村からの支払を受けて、原則として施術月の翌々月に施術所に助成金を支払います。

※ 福祉医療費の支払後に、保険者による点検等で、福祉医療費助成額が変更となった場合は、施術所は市町村に「返戻等差額発生報告書」(現物給付用)を提出し、後に市町村が発行する納付書等により、助成金の全額又は差額を市町村に返還します。(国保連合会では過誤調整は行いません。)

※ 社保分については、支払事務だけを行います。

※ 医療費の保険給付分については、各保険者へ請求してください。

4 提出書類について

(1) 提出書類

提出書類には、福祉医療費請求書と柔道整復施術療養費支給申請書（以下、「療養費支給申請書」）「写し」の2種類があります。

① 福祉医療費請求書

【P. 20 様式 P. 21 記載例参照】

実施主体である市町村ごとに、国保分と社保分を分けて作成します。

② 療養費支給申請書「写し」

【P. 22 記載例参照】

保険給付分の請求のために作成された療養費支給申請書「写し」（右下の「受取代理人への委任の欄」へ記入がされているもの）を作成し、以下の内容を追加して記載してください。

- ・ 申請書の左上の「公費負担者番号」欄に公費負担者番号を、「公費負担医療の受給者番号」欄に受給者番号を記載
- ・ 摘要欄に「奈良県福祉医療〇〇円、受給者負担〇〇円」と記載
- ・ 右肩に「㊟」と朱書き

※ 療養費支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示については、自動償還対象のものと変わりありません。

＜支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示＞

○ 県内市町村国保及び県内国保組合

公費負担者番号欄、受給者番号欄に福祉医療受給資格証の「公費負担者番号、受給者番号」を表示

○ 県外国保組合

記載の必要はありません。

○ 社保

摘要欄へ「奈良県福祉医療」を表示

(2) 編綴方法

- ・ 福祉医療費請求書に療養費支給申請書「写し」（「福祉」と朱書き記載）を編綴する。

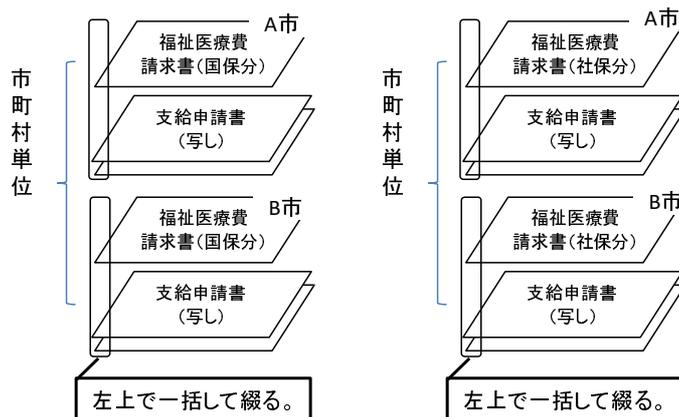
※ その際、必ず国保分・社保分で分け、市町村番号順で綴る。

※ 同一市町村内で療養費支給申請書「写し」の並び順に指定はない。

- ・ 月遅れ提出分は当月分と一緒にして編綴する。

- ・ 左上で一括して綴る。

（ホッチキス等）



年 月分 福祉医療費請求書

保険区分	国保・社保
------	-------

年 月 日

長 殿

登録記号番号

施術所所在地

及び名称

柔道整復師氏名

㊞

電話番号

下記のとおり請求します。

公費番号	福祉医療費名称	件数	福祉医療費請求金額
73	子ども医療費		
83	心身障害者医療費		
93	ひとり親医療費		
合 計		件	円

受領 委任	上記福祉医療費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 柔道整復師氏名 ㊞ 団体名及び代表者氏名
------------------	--

※ この請求書には、該当する柔道整復施術療養費支給申請書の写しに必要事項を記載したものを添付してください。

※ 団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載及び押印をしてください。

<記載例>

令和元年8月分 福祉医療費請求書

社保・国保に分けて作成し、該当する方に○を付けてください。

区分 国保 社保

令和元年 9月 10日

奈良市長 殿

実施主体である市町村ごとに作成してください。

登録記号番号 協 29000000-0-0

施術所所在地 奈良市〇〇町123

及び名称 〇〇整骨院

押印してください。

柔道整復師氏名 〇〇 〇〇

電話番号 0742-00-0000

下記のとおり請求します。

それぞれの療養費支給申請書の写しに記載した「奈良県福祉医療」の金額の合計を記載してください。

公費番号	福祉医療費名称	件数	福祉医療費請求金額
73	子ども医療費	1	412
83	心身障害者医療費		
93	ひとり親医療費		
		1 件	412 円

上記の療養費の受領を下記の者に委任します。

受領委任	令和元年 9月 10日	柔道整復師氏名	〇〇 〇〇	印
	団体名及び代表者氏名	△△△△△会	会長	△△ △△

団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載及び押印をしてください。

※ この請求書には、該当する柔道整復施術療養費支給申請書の写しに必要事項を記載したものを添付してください。

※ 団体へ受領委任する場合は、必ず受領委任欄に記載及び押印をしてください。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

△年△月分

写しとわかるように
朱書きしてください。



都道府県番号										保険者番号										290015																																																																																																			
記号・番号										奈1・□□□-×××																																																																																																													
公費負担者番号①					73290017					公費負担医療の受給者番号①					00000000					保険種別		1.協 2.組 3.共		単併区分		1.単独 2.2併 3.3併		本家区分		2.本人 6.六歳 6.家族		8.高一 0.高7		給付割合		10・9 8・7																																																																																			
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		4.国 5.退 6.後期																																																																																																	
被保険者 氏名										住所										氏名																																																																																																			
世帯主・組合員の受給者										住所										氏名																																																																																																			
療養を要する										負										の理由による																																																																																																			
(1)																				実日数										転 帰																																																																																									
(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										26 27 28 29 30 31																																																																																																			
初検料										加算(休日・深夜・時間)										計										円																																																																																									
整復料・固定料・治療料										(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円										計										円																																																																																									
部位										速減 %										速減開始月日										後療料 円 回 円										冷電法料 円 回 円										温電法料 円 回 円										電療料 円 回 円										計 円										多部位 計 円										長期 計 円																													
[1]										100										—																																																																																																			
[2]										100										—																																																																																																			
[3]																																																																																																																							
[4]																																																																																																																							
摘要										奈良県福祉医療 412円										受給者負担 500円										合 計										4560円																																																																															
支払区分										1:振込 2:銀行送金 3:当地払										預金の種類										1:普通 2:当座 3:通知 4:別段										金額										別途申し出がない限り、国保連合会からは、国保の柔整施術療養費の支払口座に福祉医療費を振り込みます。										登録記号番号										—																																																	
上記のとおり施術したことを証明します。										平成 年 月 日										所在地〒										施術所 名称										電話										柔道 整復師 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。										平成 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										この欄への記入がされているものの「写し」を作成してください。									

支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示については、以下のとおり、自動償還対象のものと変わりありませんが、福祉医療の提出書類として提出する「写し」には、公費負担者番号欄、受給者番号欄及び摘要欄への記載をお願いします。

<支給申請書「原本」への「福祉医療」取扱表示>

- 県内市町村国保及び県内国保組合
公費負担者番号欄、受給者番号欄に福祉医療受給資格証の「公費負担者番号、受給者番号」を表示
- 県外国保組合
記載の必要はありません。
- 社保
摘要欄へ「奈良県福祉医療」を表示

摘要欄には、「奈良県福祉医療」の金額と「受給者負担」の金額がわかるようにそれぞれの金額を記載してください。

「奈良県福祉医療」の金額と「受給者負担」の合計金額が、右記「一部負担金」欄に記載された金額と一致するか確認してください。
奈良県福祉医療 + 受給者負担 = 右記一部負担金
(この事例の場合 412円 + 500円 = 912円)

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)

5 幼稚園・保育園等で発生した疾病等の事務処理

(1) 受診時において幼稚園・保育園等での災害（傷病、疾病等）と思われた場合

幼稚園・保育園等の管理下における災害（傷病、疾病等）による場合には、スポーツ共済の給付対象となる場合がありますので、受給者に確認をお願いします

受給者から幼稚園、保育所等管理下での負傷又は疾病であるとの申し出があった場合は、「福祉医療」を使わずに、医療保険の自己負担額を受給者に請求してください。

特に、幼稚園、保育所関係者が児童を引率して受診する場合は注意してください。

(2) 受給者からスポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」の記入依頼があった場合

スポーツ共済の給付対象となる場合は、受給者に福祉医療費助成の対象外になる旨を説明していただき、「医療等の状況」様式の右下にある公費負担医療制度を利用した場合に記入する欄には記入しないでください。

(3) 福祉医療費請求書の提出について

① 療養費支給申請書の内容の全てがスポーツ共済の給付対象となる場合

対象外となりますので、福祉医療費の請求は行わないでください。

② 療養費支給申請書の内容の一部がスポーツ共済の給付対象となる場合

療養費支給申請書「写し」の摘要欄に「スポーツ共済 ○○円」との記載を追加し、スポーツ共済の対象と対象外の金額がわかるように明記してください。摘要欄に記載していただいた「奈良県福祉医療」金額、「受給者負担」金額及び「スポーツ共済」金額の合算が右側の一部負担金額の金額と一致するように記載をお願いします。

(4) 福祉医療費請求書の提出後にスポーツ共済の対象と判明した場合について

- スポーツ共済の給付申請にかかる「医療等の状況」による証明を行う際、可能な限り、施術所から受給者へ助成金相当額を請求してください。
- 助成金相当額を受領後は、福祉医療対象外として、返戻等差額発生報告書（現物給付用）を該当の市町村福祉医療担当課へ提出してください。後に市町村が発行する納付書等により、助成金相当額を市町村に返還します。（国保連合会では過誤調整は行いません。）

○ 基本の対応

適用する制度	日本スポーツ振興センターによる災害共済給付金	福祉医療
医療機関窓口での対応	2割徴収	福祉医療一部負担金の徴収

○ 後日、適用すべき制度が誤っていると判明した場合の対応

適用済制度	日本スポーツ振興センターによる災害共済給付金と想定	福祉医療
医療機関窓口での当初の対応	2割徴収	福祉医療一部負担金の徴収



本来適用すべき制度	福祉医療	日本スポーツ振興センターによる災害共済給付金
-----------	------	------------------------



医療機関窓口での後日の対応	市町村窓口で償還払いの手続きをする旨周知	日本スポーツ振興センターへの請求手続き上必要となる「医療等の状況」による証明を行う際、可能な限り、助成金相当額（医療保険の一部負担金である2割から福祉医療一部負担金を差し引いた金額）を受給者に請求し徴収を行う	
審査支払機関への対応	特になし	福祉医療費請求書を未提出	福祉医療費請求書を提出済み
		福祉医療として請求しない	該当市町村に「福祉医療費・返戻等差額発生報告書」を提出し、該当市町村から送付された納付書により、助成額の全額又は差額を直接該当市町村へ返還。 ※ 国保連合会では過誤調整は行いません。

福祉医療として取り扱ったものについて、後日スポーツ共済の対象であることが判明した場合、施術所の窓口で対応していただく事務処理は煩雑となります。

事前に受給者へ確認の上、幼稚園・保育園等での管理下における負傷又は疾病である場合は、必ず福祉医療の対象外として取り扱うようお願いします。

Q & A

1 全体編

Q 1 福祉医療制度の助成の対象はどのようなものか。

A 福祉医療制度の助成対象は、「医療保険制度における医療費の(最終的な)自己負担額」です。従って、保険適用外の施術には、適用されません。また、特定疾病や自立支援医療など他の公費の適用がある場合は、その公費適用後なお残る自己負担額が、福祉医療の助成対象となります。

Q 2 自己負担額支払明細書について

A 未就学児（法別番号73・83・93）に関して、令和元年8月施術分以降は福祉医療費請求書を提出し、助成金の請求をするため、自己負担額支払明細書の提出は不要です。
未就学児以外（法別番号71・81・91）については、従前どおり自動償還方式による助成となるため、自己負担額支払明細書の提出をお願いします。

2 自動償還編

Q 3 ニつ以上の公費負担の受給資格証を提示された場合、国保分のレセプトにおいて、自動償還ではどのように記載すればよいか。

A 医療保険、国公費、その他の公費の順で適用し、福祉医療の公費負担者番号、受給者番号は、一番最後に記載してください。誤って福祉医療の公費負担者番号、受給者番号を第一公費に入力すると、エラーになります。
ただし、療養費支給申請書の公費負担者番号欄・受給者番号欄は基本的に、現物給付が認められた公費のみの使用となります。各公費により取扱いが異なりますので、各公費の関係機関へご確認ください。
なお、福祉医療の公費負担者番号、受給者番号入力は、自動償還におけるレセプトへの目印の為であり、現物給付ではありません。受給者の方への窓口請求は、従来通り、医療保険の自己負担額（国等公費があればその適用後の自己負担額）を請求してください。受給者の方へは、従来通り自己負担額支払明細書により、自動償還にて助成されます。（奈良県独自の取扱い）。

Q 4 療養費支給申請書の点検や確認等で発生した返還について、自動償還の場合、福祉医療ではどのように対応するのか。

- A 施術所において、再度、自己負担額支払明細書を作成する必要はありません。後日、受給者との間で、窓口支払額の差額のやりとりが行われた場合は、返戻等差額発生報告書を国保連合会に提出のうえ、市町村に報告されることになります。

3 現物給付編

○ 福祉医療一部負担金について

Q 5 同一月に複数回受診があった場合の福祉医療一部負担金の取扱いは。

- A 例えば1レセプト500円の場合、1回目の窓口負担が400円であれば、同一月の2回目の受診は100円までの負担となります。なお、2回目までに500円の負担があれば、同一月の3回目以降は窓口負担がありません。

Q 6 月途中で健康保険を変更した場合の福祉医療一部負担金は。

- A 同月内において保険者が変わった場合は、それぞれの保険者ごとにレセプトを作成するため、それぞれのレセプトごとに福祉医療一部負担金を算出してください。例えば、福祉医療一部負担金が1レセプト500円の場合、レセプトごとに500円を算出するため、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

Q 7 月途中でA市からB市へ転出した場合の福祉医療一部負担金は。

- A A市とB市のそれぞれで福祉医療一部負担金を算出してください。A市とB市ともに福祉医療一部負担金が500円の場合、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

Q 8 月途中でA市子ども医療費助成事業からA市ひとり親家庭等医療費助成事業へ変更した場合の福祉医療一部負担金は。

- A 子ども医療費助成事業とひとり親家庭等医療費助成事業のそれぞれで福祉医療一部負担金を算出してください。それぞれの事業の福祉医療一部負担金が500円の場合、受給者には合わせて1,000円を請求することになります。

○ 請求について

Q 9 月途中で資格取得の場合について

- A 療養費支給申請書写しの摘要欄に「資格取得前 ○○円」との記載を追加し、資格取得前と取得後の金額がわかるように明記してください。摘要欄に記載していただいた「奈良県福祉医療」金額、「受給者負担」金額及び「資格取得前」金額の合算が右側の一部負担金欄の金額と一致するように記載をお願いします。

関係機関連絡先

■ 福祉医療における各種様式及び取扱いマニュアル等のダウンロード先

奈良県のホームページから
トップページ> 県の組織> 福祉医療部 医療・介護保険局> 医療保険課> 福祉医療制度
> 医療機関等向け各様式

http://www.pref.nara.jp/dd_aspx_menuid-1982.htm

■ 福祉医療制度全般に関するお問い合わせ

奈良県福祉医療部医療・介護保険局医療保険課指導・福祉医療係
〒630-8501 奈良市登大路町30番地
TEL: 0742-27-8546(直) FAX: 0742-27-0445

■ 福祉医療費自己負担額支払明細書及び福祉医療費請求書等送付先

奈良県国民健康保険団体連合会
〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302番1(奈良県市町村会館内)
TEL: 0744-29-8311(代) FAX: 0744-29-8322

■ 各市町村連絡先

市町村名	所在地	電話番号(代表)
奈良市	奈良市二条大路南1丁目1-1	0742-34-1111
大和高田市	大和高田市大和100-1	0745-22-1101
大和郡山市	大和郡山市北郡山町248-4	0743-53-1151
天理市	天理市川原城町605	0743-63-1001
橿原市	橿原市八木町1丁目1-18	0744-22-4001
桜井市	桜井市粟殿432-1	0744-42-9111
五條市	五條市本町1丁目1-1	0747-22-4001
御所市	御所市1-3	0745-62-3001
生駒市	生駒市東新町8-38	0743-74-1111
香芝市	香芝市逢坂1-374-1	0745-79-7528
葛城市	葛城市大字柿本166	0745-69-3001
宇陀市	宇陀市榛原下井足17番地の3	0745-82-8000
山添村	山添村大西151	0743-85-0041
平群町	平群町吉新1丁目1-1	0745-45-1001
三郷町	三郷町勢野西1丁目1-1	0745-73-2101
斑鳩町	斑鳩町法隆寺西3丁目7-12	0745-74-1001
安堵町	安堵町東安堵958	0743-57-1511
川西町	川西町結崎28-1	0745-44-2211
三宅町	三宅町伴堂689	0745-44-3073
田原本町	田原本町890-1	0744-32-2901
曽爾村	曽爾村今井495-1	0745-94-2101
御杖村	御杖村菅野368	0745-95-2001
高取町	高取町観覚寺990-1	0744-52-3334
明日香村	明日香村岡55	0744-54-2001
上牧町	上牧町上牧3350	0745-76-1001
王寺町	王寺町王寺2丁目1-23	0745-73-2001
広陵町	広陵町南郷583-1	0745-55-1001
河合町	河合町池部1丁目1-1	0745-57-0200
吉野町	吉野町上市80-1	0746-32-3081
大淀町	大淀町桧垣本2090	0747-52-5501
下市町	下市町下市1960	0747-52-0001
黒滝村	黒滝村寺戸77	0747-62-2031
天川村	天川村沢谷60	0747-63-0321
野迫川村	野迫川村北股84	0747-37-2101
十津川村	十津川村小原225-1	0746-62-0001
下北山村	下北山村寺垣内983	07468-6-0001
上北山村	上北山村河合330	07468-3-0380
川上村	川上村迫1335番地の7	0746-52-0111
東吉野村	東吉野村小川99	0746-42-0441