

柔道整復・鍼灸・マッサージの 請求の方法

受給者証に記載している負担区分に応じて、次頁の「重度心身障がい者医療費請求書」（または「ひとり親家庭等医療費請求書」）で請求してください。

◆柔道整復

支払い方式	現物給付 ※請求事務手数料（216円）はお支払いいたします。
必要書類	①市指定の医療費請求書（重度心身障がい者医療費請求書等） ②療養費支給申請書（レセプト）の写し

◆鍼灸・マッサージ

支払い方式	委任払い※
必要書類	①市指定の医療費請求書（重度心身障がい者医療費請求書等） ②療養費支給申請書（レセプト）の写し ③医療費の請求・受領について、患者が施術機関へ委任する「委任状」 ※保険者へ提出する療養費の支給申請・受領に係る委任状の写しでも可としています（医療費助成用の委任状でなくても結構です）。

※「委任払い」のため、請求事務手数料（216円）のお支払いの対象とはなりませんので、ご了承ください。

◆受給者証（見本）

障初	老初	親初
柔道整復270円 ※鍼灸マッサージはかかりません		
障課	老課	親課
総医療費の1割 ※月限度額 通院18,000円		

受給者番号は、こちらをご確認ください。

老初		重度心身障がい者医療費受給者証	
公費負担者番号	45010519 ***** *****	受給者番号	1000000
住所	北広島市中央4丁目 番地1		
給氏名	北広島 太郎	性別	男
生年月日	昭和10年4月1日		
有効期間	平成30年8月1日から 平成31年7月31日まで		
発行機関名及び印	北海道 北広島市長		
交付年月日	平成30年8月1日		

北広島市 柔整・鍼灸・マッサージ 記載例

重度心身障がい者医療費請求書 (市町)

代表者印を押印

平成30年 8月分下記のとおり請求する
平成30年 9月10日

医療機関コード

○○○○○○○○

北広島市長様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
TEL

○○市○○町○丁目○-○
○○整骨院
代表者 ○○ ○○
○○○-○○○-○○○○

印

*記載要領裏面

区分	保険 給付	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金	請求事務手数料	区分	件数	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額等	一部負担金
請	⑦1 7割	2件	18,000円	1,170円	432円	定	件	点	円
	⑦1 8割								
	⑦1 限度額								
	⑦2 前期高齢者								
求	⑦3 障老	1	653	0	216				

「円」に訂正する

鍼灸・マッサージの場合は、記載しないでください。

(内訳書)

診療 年月	受給者番号		区分	診療報酬請求総点数(レセプトの総点数)及び限度額			請求金額(2,3割負担・在総・長期 高額疾病・結核・精神・更生育成)		一部負担金	備考
	患者氏名	外		⑦1 7割	⑦1 8割	⑦1 限度額	⑦2 前期高齢者	⑦3 障老		
30年8月	1○○○○○○○○	○○ ○○	入 外	9,000			2,3割・在・長・結・精・更	初課 270円		
30年8月	1○○○○○○○○	◇◇ ◇◇	入 外	9,000			2,3割・在・長・結・精・更	初課 900		
30年8月	1○○○○○○○○	◎◎ ◎◎	入 外				2,3割・在・長・結・精・更 653	初課 記載なし		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
年月			入 外				2,3割・在・長・結・精・更	初課		
小計			件数	件	件	件	円	円	円	
			点数及び金額	点	点	円	円	円		

「円」に訂正する