

横浜市
小児医療費助成制度現物給
付の手引き
(施術師用)

※横浜市へ請求する場合

令和5年8月施術分以降

令和5年 6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5年8月1日の診療分から、所得制限及び一部負担金をなくしました。
原則として、0歳から中学3年生までの、横浜市内に住所があり健康保険に加入している全てのお子さまが助成の対象となり、保険診療分の一部負担金全額を助成します。

1 通院の助成内容

施術1回につき、次の金額を助成します。

- (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 診療報酬請求書の請求先（従前のとおり変更ありません）

横浜市の場合は、横浜市健康福祉局医療援助課

4 支払方法（従前のとおり変更ありません）

指定された口座に振り込みます。

請求要領

- 1 請求方法
従前と同様

- 2 公費負担者番号について
法別番号を「81」とし、以下のとおりとしています。

令和5年8月1日から一部負担金のある医療証がなくなりますので、令和5年8月診療分からは一部負担金ありの公費負担者番号は使用しません。

【公費負担者番号（令和5年8月診療分～）】

	一部負担なし	一部負担あり		一部負担なし	一部負担あり
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

※横浜市請求コードは、従前のおり「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」をご参照し作成してください。

(乳) 医療証様式

1. 横浜市医療証

令和5年8月1日から、すべての小児医療証の自己負担上限額は「0円」のものになります。

一部負担なし

横浜市(乳)医療証									
公費負担者番号	8	1	1	1	4	※	※	※	
受給者番号	1	2	3	4	△	△	△		
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		

自己負担上限額 (一部負担金)	0円
--------------------	----

令和5年8月からは一部負担金が「0円」になっています

(様式第5号)

柔道 整復 施術 療養費 支給 申請書

都道府県 番号 施術機関コード

平成 年 月 分

保険者番号

記号・番号

公費負担者番号 ①	公費負担医療の受給者番号①	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単併区分 1.単独 2.2併 3.3併	2.本人 4.六歳 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					

被保険者 氏名 氏名 住所

公費負担者番号を記入してください。
横浜市は「区ごと」に公費負担者番号があります。

公費負担医療の受給者番号(7桁)を記載してください。
三者行高外の原因による

昭和4 年 月 日

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

施 術 の 内 容 欄	(1)	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	治療・中止・転医
	(2)	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	治療・中止・転医
	(3)	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	治療・中止・転医
	(4)	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	治療・中止・転医
	(5)	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	治療・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	金属副子等加算(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																								
整復料・固定料・治療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																			

部位	逸減%	逸減開始 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	計	円	長期	計	円
(1)	100	—						—	—					
(2)	100	—						—	—					
(3)	60	—						0.6						
(4)	100	—						—	—					
(4)	60	—						0.6						
(4)	100	—						—	—					

摘要欄に受給者負担額及び助成請求金額を記載してください。

受給者負担額 0円
助成請求金額 1,314円

摘要						合 計			4	3	8	0	円
						一部負担金			1	3	1	4	円
						請求金額			3	0	6	6	円
						※							円

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段	預金の種類 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	口座 名称 口座 番号	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
フリガナ
整復師 氏名

受取代理人の欄
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

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)