

川崎市  
小児医療費助成制度  
現物給付の手引き  
(施術師用)

※川崎市へ請求する場合

令和5年9月施術分以降

川崎市こども未来局家庭支援担当

## 川崎市の請求支払の概要

川崎市では、令和5年9月1日の診療分から、所得制限を撤廃しました。また、中学3年生までを対象とし、小学4年生以上のお子さまについては、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した。

※0歳から小学3年生までのお子さま及び小学4年生以上のお子さまで保護者の方の市民税が非課税の場合は、一部負担金はなしです。

### 1 通院の助成内容

小学3年生以下のお子さまについては、全額助成対象です。

小学4年生以上のお子さまについては、通院1回につき、下記から500円まで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) 通院の場合

通院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（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の位を四捨五入しての徴収となります。
- ・ 未来院でも、保険給付対象の一部負担金が発生する場合は、500円を超える額の助成となりますので、実際の窓口徴収がなくても、診療報酬請求書に小児医療の一部負担金の記載をお願いします。

### 4 診療報酬請求書の請求先

川崎市こども未来局児童家庭支援・虐待対策室家庭支援担当医療費助成担当

※神奈川県外の国保組合の場合等、神奈川県国民健康保険団体連合会で扱わない保険に加入されている方のみ川崎市へ請求してください。神奈川県内の国保組合や健保組合、協会けんぽ等に加わっている方は、神奈川県国民健康保険団体連合会への申請になります。

### 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」としています。

	一部負担なし	一部負担あり
川崎市	81145005	81145500

- 3 申請書の作成  
別添「柔道整復施術療養費支給申請書」を御参照し作成してください

## (乳) 医療証様式

【1】一部負担なし (0歳~小学3年生)

(乳) 医 療 証											
負担者番号											
受給者番号											
小 住 所											
児 氏 名											
	生年月日	年 月 日 生									
申請者氏名											
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)											
<small>上記の者は、川崎市小児医療費助成条例により医療費の一部を川崎市が負担する者であることを証明します。</small>											
										川 崎 市 長 	
交付年月日		年 月 日									

【2】一部負担あり (小学4年生~中学3年生)

(乳) 医 療 証											
負担者番号											
受給者番号											
小 住 所											
児 氏 名											
	生年月日	年 月 日 生									
申請者氏名											
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									
<small>上記の者は、川崎市小児医療費助成条例により医療費の一部を川崎市が負担する者であることを証明します。</small>											
										川 崎 市 長 	
交付年月日		年 月 日									

## 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 医療証の有効期間はどのように設定されていますか。

A1 交付する医療証の有効期間については、原則以下の通りです。

医療証の有効期間		
学年	有効期間始期	有効期間終期
小学校3年生まで	資格取得年月日 (出生や転入日)	小学校3年生の年度末 (3月31日)
小学校4年生から中学校2年生	9月1日	翌年8月31日
中学校3年生	9月1日	翌年3月31日

(様式第5号)

# 柔道整復施術療養費支給申請書

令和 ① 年 月 分

都道府県番号 ②	施術機関コード ③
----------	-----------

保険者番号 ⑥
---------

記号・番号 ⑦
---------

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号④	保険 1.協 2.組 3.共 4.国 5.法 6.特	形 1.単独 2.2併 3.3併	木 1.本人 2.六歳 3.高一	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⑤			木 1.本人 2.六歳 3.高一	給付割合 10・9 8・7

被保険者受給者	公費負担医療との併用の場合 医療証等に記載されている公費負担者番号(8桁)・受給者番号(7桁)を記載。	住所	いずれかを○で囲む。
---------	--	----	------------

⑧	生 年 月 日	負傷の原因	「住所」欄には住所のほか郵便番号、電話番号を記載。
---	---------	-------	---------------------------

負傷名	負傷年月日	初検年月日	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

公費負担医療助成がない場合  
1.単独を○で囲む。  
公費負担医療助成がある場合  
2.2併を○で囲む。

経過	請求区分	新規・継続
----	------	-------

の 施術日 ⑨	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 支送料	円	往療料	km	回	円	金銭前了等 加算	円	電話指導 提供料	円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算(夜間・雑踏・暴風雨雪)	円		円	柔道整復 運動後療料	円		円		円

整復料・固定料・治療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部位	通減 %	通減開始 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	

3部位目の請求がある場合は100分の60に相当する額を記載。

(4)算定欄は、算定要件を満たした場合に使用。

⑩	概要	一部負担金額を1円単位で記載。 ※座間市の重度障害(自己負担有りの方)・・・1割。 ※湯河原町のひとり親医療・・・通院1回につき200円まで。 ※一部負担金の発生する小児医療(自己負担有りの方)・・・通院1回につき500円まで。	合計	⑪	円
			一部負担金		円
			請求金額		円

一部負担金額を1円単位で記載。  
※座間市の重度障害(自己負担有りの方)・・・1割。  
※湯河原町のひとり親医療・・・通院1回につき200円まで。  
※一部負担金の発生する小児医療(自己負担有りの方)・・・通院1回につき500円まで。

合計から一部負担金を差し引いた金額を記載。

金庫副子等 加算日	1回目 日	2回目 日	3回目 日	柔道整復運動 後療料加算日	日 日 日 日 日	※	除者使用欄	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
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------	------

施術証明欄	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〒 施術所 名称 電話 柔道 フリガナ 整復師 氏名	受取代理人への委任の欄 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 受給者 氏名
-------	--	--

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)