

千葉県子ども医療費助成事業の手引き (柔道整復師用)

平成29年8月

千葉県健康福祉部児童家庭課

目 次

第 1 章 千葉県子ども医療費助成事業について

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | 事業の概要 | 1 |
| 2 | 現物給付の流れ | 2 |
| 3 | 他の公費負担制度との優先関係 | 3 |
| 4 | 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の
取り扱いについて | 3 |

第 2 章 受給券について

- | | | |
|---|--------------|---|
| 1 | 受給券の様式 | 4 |
| 2 | 公費負担者番号の構成 | 5 |
| 3 | 「自己負担金」欄について | 5 |

第 3 章 施術機関の取り扱いについて

- | | | |
|---|----------|---|
| 1 | 現物給付の条件 | 6 |
| 2 | 自己負担額の徴収 | 6 |

第 4 章 子ども医療費の請求について

- | | | |
|---|------------------|---|
| 1 | 受領委任払い契約の締結について | 7 |
| 2 | 子ども医療費の請求・支払 | 7 |
| 3 | 子ども医療費の請求に係る提出書類 | 7 |

第 5 章 支給申請書の記載要領

- | | | |
|---|-----------|-------|
| 1 | 記載に係る留意点 | 8 |
| 2 | 請求額の記載 | 9 |
| 3 | 支給申請書の記載例 | 10～14 |

第 6 章 柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取り扱いについて

- | | | |
|---|-----------|----|
| 1 | 請求手続きについて | 15 |
|---|-----------|----|

資料編

支給申請書（様式）	16
請求書（様式）	17～18
請求書（記載例）	19～20
市町村一覧	21

第1章 千葉県子ども医療費助成事業について

千葉県では、子どもの保健対策の充実、保護者の経済的負担の軽減及び県民の子育て支援のため、保険診療に係る医療費を助成する公費負担制度を実施しています。

子ども医療費助成事業のうち「柔道整復師の施術に係る療養費」に係る事業の概要は以下のとおりです。

1 事業の概要

(1) 事業の実施主体

子どもの居住する市町村

(2) 対象者

千葉県内に居住する小学校3年生までの子ども

※ 所得制限を設けている市町村では、対象とならない場合があります。
(この場合、受給券は交付されません。)

(3) 給付対象額

通院：保険診療の一部負担金額

(※ 平成24年4月1日以降の施術)

(4) 自己負担額

通院1回につき0円、200円、300円、500円のいずれか

※ 自己負担額は市町村により異なりますので、受給券をご確認ください。

(5) 給付方法

現物給付方式により実施

※ 施術機関の窓口で受給券を提示することにより、受給券に記載された自己負担のみで施術を受けることができます。

※ 受給券の提示がない場合や県外で受療した場合は、償還払いとなります。

※ 千葉県と柔道整復師の団体との間で受領委任契約を締結することによって現物給付を実施します。

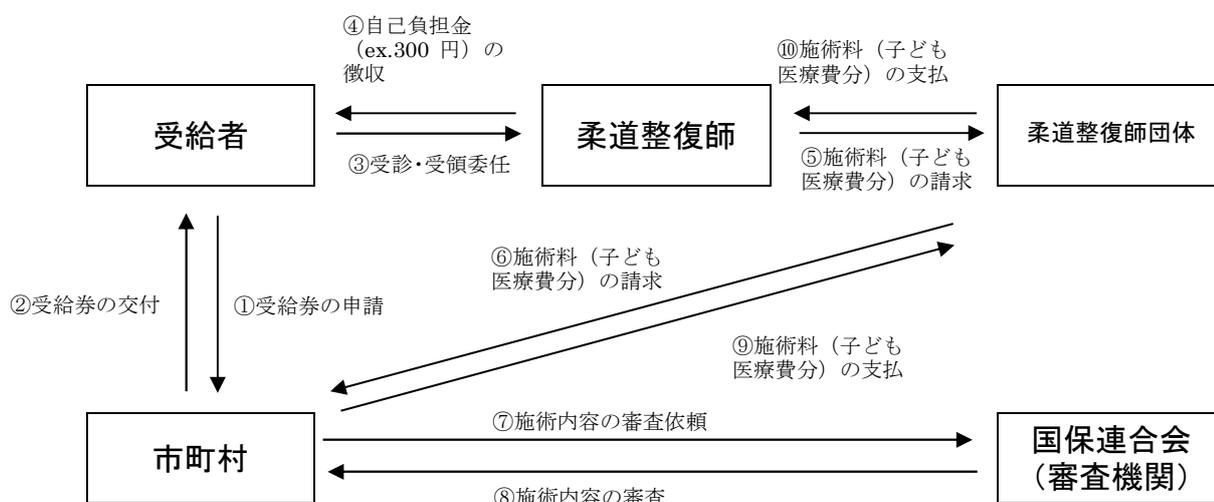
(柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取扱いについては、P15を参照してください。)

※ 鍼灸マッサージは、受領委任の対象となっていないため、現物給付の対象外となります。

2 現物給付の流れ

千葉県子ども医療費助成事業における現物給付の流れは、概ね次のとおりとなっています

- (1) 対 象 柔道整復師の施術に係る療養費（鍼灸マッサージは対象外）
- (2) 実施方法 県と柔道整復師の団体とで現物給付に関する契約を締結
- (3) 審査機関 千葉県国民健康保険団体連合会
- (4) 支払機関 市町村



- 1 柔道整復師は、受給者の受領委任により、加入団体に子ども医療費分の施術料を請求する。
- 2 柔道整復師の団体は、会員から請求された子ども医療費分の施術料を取りまとめ、市町村に請求する。
※子ども医療費を請求するには、「市町村から委任を受けた県」と「柔道整復師の団体」との間で事前に受領委任払い契約を締結する必要がある。
- 3 市町村は、資格確認を行った後、国保連合会に施術内容の審査を依頼する。
- 4 国保連合会は、施術内容を審査し、市町村に支給申請書を返送する。
- 5 市町村は、国保連合会の審査の結果、適正と認められるものについて、柔道整復師の団体に施術料を支払う。
※ 市町村は、請求内容に疑義があるものについては、適宜、受給者に施術の内容、回数等を照会する。
- 6 柔道整復師の団体は、各会員に施術料を支払う。

3 他の公費負担制度との優先関係

子ども医療費助成制度は、他の公費負担制度が優先します。ただし、先に適用した公費負担制度に自己負担額がある場合は、当該自己負担額について、子ども医療の助成対象となります。

4 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の取り扱いについて

子ども医療費の助成対象となる子どもが、学校管理下での負傷又は疾病により受診した場合には、下記の点に留意してください。

- 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費については、子ども医療費助成制度の助成対象となりません。

- 子どもの保護者に対しては、学校管理下での負傷又は疾病により受診する際は、受給券を使用しないよう市町村から周知されています。

- 保護者から学校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、子ども医療費助成制度を使わずに、保険診療の一部負担金である3割（就学前児は2割）相当額を保護者に請求してください。

- 災害共済給付制度の内容につきましては、学校又は日本スポーツ振興センター（TEL:03-5410-9162）へお問い合わせください。

第2章 受給券について

子ども医療費の現物給付を行うには、市町村が発行する受給券が必ず必要になります。施術機関の窓口では、受給券の提示を受け、内容を確認していただくようお願いいたします。

※ 来院の都度、毎回、必ず受給券の確認を行っていただきますようお願いいたします。

1 受給券の様式

市町村によって多少異なりますが、概ね下記のとおりとなっています。

子 ども 医 療 費 助 成 受 給 券	
公費負担者番号	
受給者番号	
子 ど も	住 所 〒
	氏 名 男 ・ 女
	生年月日 年 月 日
有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
自 己 負 担 金	通 院
	入 院
	保険調剤
〇〇〇市町村長 〇〇 〇〇〇 印	

2 公費負担者番号の構成

子ども医療費助成制度の公費負担者番号は、8桁の算用数字から構成されています。



事業別番号	子ども医療費助成事業では「83」を設定しています。
都道府県番号	千葉県の場合は「12」になります。
自己負担区分	下記の「0」～「5」のいずれかを使用します。 「0」・・・ 0円（非課税世帯等）、「1」・・・ 200円 「2」・・・ 0円（市町村独自基準）、「3」・・・ 300円 「4」・・・ 0円、200円、300円のいずれか 「5」・・・ 500円（千葉市独自基準、通院のみ）
市町村番号	千葉県内の市町村にそれぞれ2桁の番号が決められています。
検証番号	国で定めた計算式に基づいて算出される番号になります。

3 「自己負担金」欄について

自己負担金の表示は、以下のようになっています。

通院	無料 通院1回につき200円 通院1回につき300円 通院1回につき500円 全額自己負担	}	いずれか1つが記載されます。
入院	省略		
調剤	省略		

※ 「全額自己負担」とは、子ども医療費助成制度の対象外を意味します。
窓口では子ども医療費助成制度を使わずに、保険診療の一部負担金である3割（就学前児は2割）相当額を徴収してください。

※ 保険診療の一部負担金額が受給券に記載された自己負担金に満たない場合は、その金額を徴収してください。（子ども医療費助成制度の対象にはなりません。）

第3章 施術機関の取り扱いについて

1 現物給付の条件

子ども医療費助成制度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) 千葉県に居住する子どもであること。
- (2) 千葉県内の契約施術機関での受療。
- (3) 受療の際に、受給券と保険証を提示した場合。
- (4) 柔道整復師による施術に係る療養費であること。
(鍼灸マッサージは対象外)

2 自己負担額の徴収

施術機関の窓口では、受給券に記載の自己負担額のみを徴収し、保険診療の一部負担金額（総療養費の2割又は3割）と自己負担額（0円、200円、300円のいずれか）の差額を施術機関から加入している柔道整復師の団体を通して市町村に請求していただくことになります。

(例)

総療養費	保険負担額	自己負担額	請求額
3,000円	－ 2,100円	－ 300円	＝ 600円

第4章 子ども医療費の請求について

1 受領委任払い契約の締結について

子ども医療費助成制度において現物給付の取り扱いを行い、子ども医療費の請求を行うためには、事前に千葉県と柔道整復師との間で現物給付（受領委任払い）の取り扱いに関する契約を締結する必要があります。

受領委任払い契約は、千葉県と柔道整復師の団体との間で締結します。契約に関する取り扱いについては、加入団体へお問い合わせください。

2 子ども医療費の請求・支払

子ども医療費の請求は、加入している柔道整復師の団体を通じて子どもが居住する市町村に対して行っていただきます。

団体から請求のあった子ども医療費は、市町村から団体を通じて支払います。個人への直接の支払いは行いませんのでご注意ください。

※ 団体を通じて子ども医療費を請求できる柔道整復師は、医療保険において受領委任の取扱いがなされている柔道整復師に限ります。

3 子ども医療費の請求に係る提出書類

子ども医療費の請求は、規定の様式にて行っていただきます。

柔道整復師は、加入団体へP16の規定様式「支給申請書」を提出してください。（「支給申請書」以外の必要書類については加入団体へお問い合わせください。）

柔道整復師の団体は、会員の柔道整復師から提出された「支給申請書」を市町村ごとに取りまとめ、P17～P18の規定様式「請求書」とともに毎月20日までに市町村へ提出してください。

※ 請求のあった子ども医療費は、原則として、請求月の翌々月末までにお支払いいたします。ただし、20日以降に請求があった場合、請求書類の記載内容に不備があった場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、請求内容に疑義があり受給者へ施術内容等を確認する必要がある場合等については、支払時期が遅れることもありますので御留意ください。

※ 支給申請書の記載内容に不備がある場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、支給申請書記載の施術内容に疑義がある場合等は、支給申請書を返戻いたします。支給申請書が返戻となる場合、提出いただいた「請求書」に記載の請求金額が変更となるため、再度の請求書の提出が必要となりますので御留意ください。

第5章 支給申請書の記載要領

子ども医療費の請求は、規定の様式（P 16の「支給申請書」）にて行っていただきます。

支給申請書の様式は、基本的には医療保険における「柔道整復施術療養費支給申請書（様式第5号）」と同様となっており、記入方法も基本的には、医療保険の支給申請書と同様となりますが、異なる点もありますのでご注意ください。

以下の点に御留意いただくとともにP 10～13の記載例を参考にして支給申請書を作成してください。

1 記載に係る留意点

(1) 公費負担者番号

受給券に記載されている「公費負担者番号」を記入してください。

(2) 公費負担医療の受給者番号

受給券に記載されている「受給者番号」を記入してください。

(3) 施術の内容

医療保険の例にならって記入してください。

(4) 支払機関

加入している柔道整復師の団体の口座を記入してください。会員の口座への直接の振り込みは行いません。

(5) 施術証明欄

記載例を参考に加入している柔道整復師の団体へ受領委任をする旨を記載してください。

2 請求額の記載

支給申請書の「一部負担金」欄の下段に「子ども医療費自己負担額」を、「請求金額」欄に「子ども医療費請求額」を記載していただきます。

(1) 子ども医療費自己負担額

子ども医療費自己負担額（0円、200円、300円×通院回数）を記入してください。

なお、同月に複数回受療した場合で、そのうち医療保険の一部負担金額が200円（又は300円）に満たなかった場合は、その金額を記入してください。

《例》・通院1回につき自己負担300円の子ども

・同月に下記の内容で2回通院

	総療養費	一部負担金額	子ども医療費自己負担額
1回目	3,000円	900円	300円
2回目	600円	180円	180円
合計	3,600円	1,080円	480円

上記の場合、「一部負担金」欄の下段の「子ども医療費自己負担額」には480円と記入します。

(2) 子ども医療費請求額

医療保険の一部負担金額から子ども医療費自己負担額を差し引いた額を記入してください。

3 支給申請書の記載例

《事例1》 支給申請書の記載例1 (P11)

子ども医療費自己負担額300円、医療保険の一部負担割合3割、
通院回数 5回(4月3日~17日)、施術日ごとの療養費が以下のとおりであった場合

施術年月日	施術療養費 合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	子ども医療費 自己負担額(c)	子ども医療費 請求額 (d)=(b)-(c)
4月3日	1,210円	363円	300円	63円
4月5日	1,210円	363円	300円	63円
4月10日	1,210円	363円	300円	63円
4月13日	1,210円	363円	300円	63円
4月17日	1,210円	363円	300円	63円
合計	6,050円	1,815円	1,500円	315円

(a) 施術療養費合計

合計額 6,050円は、支給申請書の「合計」(A)と一致します。

(b) 一部負担金額

合計額 1,815円は、支給申請書の「一部負担金」欄の上段(B)と一致します。

※一部負担金額は、医療保険の自己負担分(総療養費の2割又は3割)です。この事例では3割になります。

(c) 子ども医療費自己負担額

合計額 1,500円は、支給申請書の「一部負担金」欄の下段(C)と一致します。

(d) 子ども医療費請求額

合計 315円は、支給申請書の「請求金額」(D)と一致します。「一部負担金額(b)」から「子ども医療費自己負担額(c)」を差し引いた額となります。

記載例 1

千葉県子ども医療費助成事業
柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

受給券に記載されている公費負担者番号を記入してください。

公費負担者番号①		8 3 1 2 * * * *	公費負担医療の受給者番号①		* * * * * *	保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単併区分	1.単独 2.併 3.3併	本人区分	2.本人 4.六歳 6.家族	高学年	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			記号・番号	△△△△△ □□□□□																																			
被保険者 氏名		千葉 太郎			住所		千葉市中央区市場町1-1																																			
療養を受けた者の氏名		千葉 一郎			生年月日		17年1月1日																																			
受傷名		(1) 右膝関節捻挫			負傷年月日		24・3・5		初検年月日		24・3・5		施術開始年月日		24・4・3		施術終了年月日		24・4・17		実日数		5		転帰		治癒・中止・転医															
		(2) 右股関節挫傷			24・3・5		24・3・5		24・4・3		24・4・17		5		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		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		計		円																												
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計		円																												
部位		通減%		通減開始月		後療料		冷電法料		温電法料		電療料		計		円		多部位		計		円		長期		計		円														
(1)		100		—		500		5		2,500		80		5		375		5		150		3,025		—		—		3,025														
(2)		100		—		500		5		2,500		80		5		375		5		150		3,025		—		—		3,025														
(3)		70		—																																						
(4)		100		—																																						
B = A × (2割又は3割) 2割：小学校就学前 3割：小学生以上 ※この事例では3割 1,815円 = 6,050円 × 0.3																																										
概要		<p>加入している団体へ療養費の受領を委任する旨を必ず記載してください。 (任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記載)</p> <p>子ども医療費請求金額 D = B - C 315円 = 1,815円 - 1,500円</p> <table border="1"> <tr> <td>合計</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>一部負担金</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>請求金額</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>円</td> </tr> </table>																								合計	6	0	5	0	円	一部負担金	1	8	1	5	円	請求金額	3	1	5	円
合計	6	0	5	0	円																																					
一部負担金	1	8	1	5	円																																					
請求金額	3	1	5	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		金融機関		銀行		本店		千葉支店		本・支所		カガナ		口座名称		口座番号		1 2 3 4 5 6 7		登録記号番号		□□□ □□□ □□□ □□□										
上記のとおり施術したことを証明します。		<p>平成 24年 4月 30日</p> <p>所在地 〒260-0013 千葉市中央区中央□-△-○</p> <p>施術所名称 ○○接骨院</p> <p>電話 043-△△△-□□□□</p> <p>柔道整復師氏名 フリガナ トウキョウ ジロウ 東京 次郎</p>																																								
上記請求に基づく給付金の受領方を委任します。		<p>平成 24年 4月 30日</p> <p>住所(上記住所欄と同じ)</p> <p>被保険者 世帯主 組合員 受給者</p> <p>氏名 千葉 太郎</p>																																								

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)

施術年月日	施術療養費合計(a)	一部自己負担額(b) (a×0.3)	子ども医療費自己負担額(c)	子ども医療費請求額(d)=(b)-(c)
4月3日	1,210円	363円	300円	63円
4月5日	1,210円	363円	300円	63円
4月10日	1,210円	363円	300円	63円
4月13日	1,210円	363円	300円	63円
4月17日	1,210円	363円	300円	63円
合計	6,050円	1,815円	1,500円	315円

手引きP10の「事例1」
施術日ごとの内訳については、
支給申請書へ記載する必要はありません。

平成24年4月作成

《事例2》支給申請書の記載例2（P13）のケース

子ども医療費自己負担額200円、医療保険の一部負担割合3割、
通院回数 5回（4月16日～20日）、施術日ごとの療養費が以下のとおりで
あった場合

施術年月日	施術療養費 合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	子ども医療費 自己負担額(c)	子ども医療費 請求額 (d)=(b)－(c)
4月16日	2,060円	618円	200円	418円
4月17日	770円	231円	200円	31円
4月18日	500円	150円	150円	
4月19日	500円	150円	150円	
4月20日	500円	150円	150円	
合計	4,330円	1,299円	850円	449円

(a) 施術療養費合計

合計額 4,330円は、支給申請書の「合計」(A)と一致します。

(b) 一部負担金額

合計額 1,299円は、支給申請書の「一部負担金」欄の上段(B)と一致します。

※一部負担金額は、医療保険の自己負担分（総療養費の2割又は3割）です。この事例では3割になります。

(c) 子ども医療費自己負担額

合計額 850円は、支給申請書の「一部負担金」欄の下段(C)と一致します。

4月18日～20日は、一部負担金額（医療保険の3割負担分）が150円であり、子ども医療費自己負担額200円に満たないため、子ども医療費自己負担額は、一部負担金額の150円とします。

(d) 子ども医療費請求額

合計額 449円は、支給申請書の「請求金額」(D)と一致します。

「一部負担金額(b)」から「子ども医療費自己負担額(c)」を差し引いた額となります。

《事例3》

子ども医療費自己負担額300円、医療保険の一部負担割合3割
 通院回数 3回（4月18日～20日）、施術日ごとの療養費が以下のとおりであった場合

施術年月日	施術療養費 合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	子ども医療費 自己負担額(c)	子ども医療費 請求額 (d)=(b)－(c)
4月18日	500円	150円	150円	
4月19日	500円	150円	150円	
4月20日	500円	150円	150円	
合計	1,500円	450円	450円	0円

全ての施術日において、「一部負担金額(b)」(医療保険の3割負担分)が子ども医療費自己負担額300円に満たないため、子ども医療費の請求はありません。

第6章 柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取り扱いについて

子ども医療費の現物給付（受領委任）は、県と柔道整復師の団体との間で受領委任契約を締結して行うことを原則としています。

団体に加入していない個人の柔道整復師においては、原則、償還払いとなりますが、現物給付を希望される個人の柔道整復師においては、県と直接受領委任契約を締結することにより現物給付の取り扱いを行うことができます。

※受領委任契約を締結できる柔道整復師は、関東信越厚生局に医療保険分の受領委任の取扱いについて登録済みの施術管理者に限ります。

1 請求手続きについて

施術機関の窓口での取り扱いや支給申請書の記載方法は、団体に加入している柔道整復師と基本的には同様となりますが、以下の点が異なりますのでご注意ください。

(1) 契約方法

県と個人の柔道整復師との間で受領委任契約を締結します。

(2) 請求方法

市町村へ直接請求してください。「請求書」（P17～18の様式）及び「支給申請書」（P16の様式）を毎月20日までに市町村へ提出してください。
※請求書の内訳書の「団体名」には「施術所名」を、「施術所名」には「療養を受けた者の氏名」を記入してください。

(3) 支払方法

市町村から個人の柔道整復師へ直接振り込みます。

※支給申請書の「支払機関欄」には個人の振り込み先の口座を記入ください。

※請求のあった子ども医療費は、原則として、請求月の翌々月末までにお支払いいたします。ただし、20日以降に請求があった場合、請求書類の記載内容に不備があった場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、請求内容に疑義があり受給者へ施術内容等を確認する必要がある場合等については、支払時期が遅れることもありますので御留意ください。

※支給申請書の記載内容に不備がある場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、支給申請書記載の施術内容に疑義がある場合等は、支給申請書を返戻いたします。支給申請書が返戻となる場合、提出いただいた「請求書」に記載の請求金額が変更となるため、再度の請求書の提出が必要となりますので御留意ください。

資料編

千葉県子ども医療費助成事業
柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 日

都道府県番号	施術機関コード
--------	---------

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	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	1.本人	2.六歳	3.家族	8.高一	9.高七	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		4.国	5.退	6.後期													

被保険者氏名	世帯主・組合員の受給者住所	氏名	住所
--------	---------------	----	----

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男	1明2大	
2女	3昭4平	年 月 日

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(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

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・施療料		(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	
	100							—	—
(4)	60							0.6	
	100							—	—

摘要	合計	円
	一部負担金	円
	請求金額	円
	※	円

支払機関欄	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	口座番号 口座名称 口座番号	登録記号番号
-------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------	--------

施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。 平成 年 月 日 また、療養費の受領を 会長に委任します。 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
-------	--	---------	---

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)

平成 年 月 日

市（町・村）長 様

請 求 書

子ども医療費に係る柔道整復施術療養費（ 月分）について、内訳書を添付の
うえ下記のとおり請求します。

記

請求金額 円
（内訳は別紙のとおり）

振込先

記載例

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

○○市(町・村)長 様

○○接骨師会長 印

団体に加入していない個人の柔道整復師は
施術所名及び代表者名を記入してください

請 求 書

子ども医療費に係る柔道整復施術療養費(○月分)について、内訳書を添付の
うえ下記のとおり請求します。

記

請求金額 7,000円
(内訳は別紙のとおり)

振込先 千葉銀行千葉支店
普通 1234567
○○接骨師会長 山田 三郎

記載例

団体に加入していない個人の柔道整復師は、施術所名を記入してください

請求先の市町村名を記入してください

団体名 ○○接骨師会

市町村名 ○○市

(子ども医療費請求内訳書)

登録記号番号	施術所名	件数	請求金額	備考
契●●-0-0	○○接骨院	1	1,000 円	
契□□-0-0	△△接骨院	2	2,000 円	
契△△-0-0	□□接骨院	5	2,500 円	
契○○-0-0	●●接骨院	2	1,500 円	
合計		10件	7,000円	

団体に加入していない個人の柔道整復師は療養を受けた者の氏名を記入してください

子ども医療担当窓口一覧

H29.5現在

市町村名	担当課・係名	電話	FAX	郵便番号	住 所
千葉市(政令)	子ども企画課 計画班	043-245-5178	043-245-5547	260-8722	千葉市中央区千葉港1-1
船橋市(中核)	児童家庭課 児童助成係	047-436-2316	047-436-2315	273-8501	船橋市湊町2-10-25
柏市(中核)	子ども福祉課 給付・支援担当	04-7167-1595	04-7162-1077	277-0004	柏市柏下65-1
銚子市	健康福祉部子育て支援課 子育て支援班	0479-24-8967	0479-24-7502	288-0047	銚子市若宮町1-1
市川市	子ども福祉課 医療費助成グループ	047-712-8539	047-712-8734	272-8501	市川市八幡1-1-1
館山市	社会福祉課 社会福祉係	0470-22-3492	0470-23-3115	294-8601	館山市北条1145-1
木更津市	子育て支援課 こども家庭担当	0438-23-7243	0438-25-1350	292-8501	木更津市朝日3-10-19
松戸市	子育て支援課児童給付担当室 子ども医療費班	047-366-3127	047-710-3766	271-0072	松戸市竹ヶ花74-3中央保健福祉センター3階
野田市	児童家庭部児童家庭課 児童給付係	04-7125-1111 (内線2136)	04-7125-1087	278-8550	野田市鶴拳7-1
茂原市	福祉部子育て支援課 支援係	0475-20-1573	0475-25-1610	297-0028	茂原市道表1
成田市	子育て支援課 児童給付係	0476-20-1538	0476-24-1086	286-8585	成田市花崎町760
佐倉市	健康子ども部児童青少年課 子ども手当班	043-484-6140	043-485-2118	285-8501	佐倉市海隣寺町97
東金市	子ども課 児童家庭係	0475-50-1202	0475-53-1249	283-0005	東金市田間三丁目9番地1
旭市	子育て支援課	0479-62-8012	0479-62-7055	289-2712	旭市横根3520
習志野市	子ども部子育て支援課 手当給付係	047-451-1151 (内線319)	047-453-5512	275-8601	習志野市鷺沼2-1-1
勝浦市	福祉課 児童係	0470-73-6618	0470-73-4283	299-5292	勝浦市新官1343番地の1
市原市	子ども福祉課 児童支援係	0436-23-9802	0436-23-2365	290-8502	市原市更級5丁目1番地27
流山市	子ども家庭課 給付係	04-7150-6082	04-7158-6696	270-0192	流山市平和台1-1-1
八千代市	子ども部子ども福祉課 児童福祉班	047-483-1151 内線2264・2265・ 2266	047-482-9094	276-8501	八千代市大和田新田312-5
我孫子市	子ども支援課 手当担当	04-7185-1111(852)	04-7183-3437	270-1132	我孫子市湖北台1-12-16
鴨川市	子ども支援課 子ども福祉係	04-7093-7113	04-7093-7115	296-0033	千葉県鴨川市八色887-1
鎌ヶ谷市	健康福祉部子ども支援課 給付係	047-445-1325	047-445-2233	273-0195	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1
君津市	子育て支援課 手当給付係	0439-56-1128	0439-56-1220	299-1152	君津市久保3丁目1番1号
富津市	健康福祉部子育て支援課 子ども家庭係	0439-80-1256	0439-80-1350	293-8506	富津市下飯野2443
浦安市	子ども課 給付係	047-712-6424	047-304-1505	279-0004	浦安市猫実1-2-5 健康センター内
四街道市	子育て支援課 子育て支援グループ	043-421-6124	043-424-2011	284-8555	千葉県四街道市鹿渡無善地 四街道市保健センター内
袖ヶ浦市	子育て支援課 こども家庭班	0438-62-3272	0438-62-3877	299-0292	千葉県袖ヶ浦市坂戸市場1-1
八街市	健康増進課 庶務班	043-443-1631	043-443-1742	289-1192	八街市八街ほ35-29
印西市	子育て支援課 児童家庭班	0476-33-4645	0476-42-0381	270-1327	印西市大森2356-3
白井市	子育て支援課 子育て支援班	047-497-3487	047-492-3033	270-1492	白井市復1123
富里市	健康推進課保健指導班	0476-93-4497	0476-93-2422	286-0292	富里市七栄652-1
南房総市	社会福祉課 児童福祉係	0470-36-1153	0470-36-1133	294-8701	南房総市谷向100番地
匝瑳市	健康管理課 健康管理班	0479-73-1200	0479-73-6223	289-2144	匝瑳市八日市場42408-1
香取市	子育て支援課 子育て推進班	0478-50-1257	0478-52-4566	287-8501	香取市佐原口2127
山武市	保健福祉部子育て支援課 児童家庭係	0475-80-2631	0475-82-2107	289-1392	山武市殿台296番地
いすみ市	福祉課 子育て支援室	0470-60-1120	0470-63-1252	298-8501	千葉県いすみ市大原7400-1
大網白里市	子育て支援課 児童家庭班	0475-70-0331	0475-72-8454	299-3292	大網白里市大網115-2
酒々井町	子ども課 子育て支援班	043-496-1171(代表)	043-496-1231	285-8510	印旛郡酒々井町中央4-10-1
栄町	福祉・子ども課 児童福祉班	0476-33-7707(直通)	0476-80-1358	270-1592	印旛郡栄町安食台1丁目2番
神崎町	保健福祉課 保健係	0478-72-1603	0478-72-1605	289-0221	香取郡神崎町神崎本宿96番地
多古町	子育て支援課 こども係	0479-76-5412	0479-76-7144	289-2292	香取郡多古町多古584
東庄町	健康福祉課 保健衛生係	0478-80-3300	0478-80-3112	289-0612	千葉県香取郡東庄町石出2692-4
九十九里町	健康福祉課 健康指導係	0475-70-3161	0475-76-7541	283-0195	千葉県山武郡九十九里町片貝4099
芝山町	福祉保健課 子育て支援係	0479-77-3914	0479-77-0871	289-1692	山武郡芝山町小池992
横芝光町	健康子ども課 こども班	0479-82-3400	0479-80-1262	289-1733	千葉県山武郡横芝光町栗山1076
一宮町	福祉健康課 子育て支援係	0475-42-1415	0475-42-1426	299-4396	長生郡一宮町一宮2457
睦沢町	健康保険課 健康保険班	0475-44-2506	0475-44-2527	299-4492	千葉県長生郡睦沢町下之郷1650-1
長生村	健康推進課 児童係	0475-32-6800	0475-32-6802	299-4394	長生郡長生村本郷1-77
白子町	健康福祉課 健康づくり係	0475-33-2179	0475-33-4132	299-4292	千葉県長生郡白子町関5074番地の2
長柄町	健康福祉班 健康管理係	0475-35-2414	0475-35-2459	297-0298	千葉県長生郡長柄町桜谷712
長南町	保健福祉課 健康管理係	0475-46-3392	0475-46-1390	297-0192	千葉県長生郡長南町長南2110
大多喜町	健康福祉課 保健予防係	0470-82-2168	0470-82-4461	298-0292	夷隅郡大多喜町大多喜93
御宿町	保健福祉課 福祉介護班福祉係	0470-68-6716	0470-68-7182	299-5192	千葉県夷隅郡御宿町須賀1522
鋸南町	保健福祉課 健康推進室	0470-50-1171	0470-55-4148	299-1902	千葉県安房郡鋸南町保田560

《 問い合わせ先 》

子ども医療費助成制度について

千葉県健康福祉部児童家庭課子ども家庭支援室 母子保健担当

住 所：〒260-8667 千葉市中央区市場町1番1号

電 話：043-223-2332

F A X：043-224-4085

子ども医療費の請求について

各市町村子ども医療費助成担当部署 （連絡先は、P21に掲載）