

各 位

水俣病総合対策医療事業等に係る療養費等の取扱いについて

鹿児島県環境林務部環境林務課環境保健係

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、鹿児島県では医療手帳（緑色）、水俣病被害者手帳（白色）又は水俣病要観察者等医療手帳（クリーム色）の所持者（以下「対象者」という。）に保険診療に係る療養費の自己負担分の助成を行っているところ、対象者の療養費請求につきまして御協力くださり、深く感謝申し上げます。

請求の方法等につきましては、下記のとおりのお取り扱いとなっておりますので、よろしくお願い申し上げます。

記

1 手帳の種類

水俣病総合対策医療事業（以下「医療事業」という。）及び水俣病要観察者等治療研究事業（以下「研究事業」という。）に基づき、対象者が柔道整復師等による各種医療保険法による施術を受けた場合に、施術費の自己負担分を対象者に代わって鹿児島県が負担します。（保険適用外の施術又は保険者への未請求分は対象外です。）

【鹿児島県】

事業名	手帳種類 (色)	公費負担者番号 (8桁)	受給者番号 (7桁)	有効期限
医療事業	医療手帳 (緑)	医療 5 1 4 6 3 0 1 6 介護 8 8 4 6 3 0 1 3	0 0 〇 〇 〇 〇 〇	なし
	水俣病被害者手帳 (白) (療養手当あり ※)	医療 5 1 4 6 3 0 1 6 介護 8 8 4 6 3 0 1 3	3 1 〇 〇 〇 〇 〇 3 2 〇 〇 〇 〇 〇	なし
		水俣病被害者手帳 (白) (療養手当なし ※)	医療 5 1 4 6 3 0 2 4 介護 8 8 4 6 3 0 2 1	3 0 〇 〇 〇 〇 〇
	研究事業		水俣病要観察者等医療手帳 (クリーム)	医療 5 1 4 6 3 0 3 2 介護 8 8 4 6 3 0 3 9

※ 実際の水俣病被害者手帳には、療養手当ありなしの記載はありません。

※ 柔道整復施術療養費支給申請書には、手帳ごとの公費負担者番号（8桁）及び受給者番号（7桁）を記入し、保険者へ提出してください。（請求事務を別で行っている場合は、委任先等に伝えてください。）

※ 傷病の種類は特に問いませんが、第三者加害行為は対象外です。

※ 生活保護などの他制度により公的扶助が受けられる場合は、そちらが優先します。

2 請求について

各種医療保険法による施術の場合、対象者の自己負担額は鹿児島県が負担しますので、対象者からは徴収せず、保険者に対して保険請求を行い、保険請求とは別に自己負担額について鹿児島県へ請求してください。

【鹿児島県へ提出していただく書類】

(1) 医療手帳、水俣病被害者手帳

① 療養費支払請求書（第4号様式）

※請求に当たっては、医療手帳と被害者手帳は別葉で請求してください。

※月ごとに請求してください。

② 柔道整復施術療養費支給申請書（レセプト）

※レセプトは、保険者へ提出されるものと同じもの（コピーでも可）を提出

してください。
※受給者番号及び公費負担者番号は必ず記入し、受領委任払いに関する同意の署名が確認できるものをお願いします。

(2) 水俣病要観察者等医療手帳

① 水俣病要観察者等研究治療費等支払請求書（第2号様式）

※請求書の様式は、他の手帳の様式とは異なりますのでご注意ください。
※月ごとに請求してください。

② 柔道整復施術療養費支給申請書（レセプト）

※レセプトは、保険者へ提出されるものと同じもの（コピーでも可）を提出してください。

※受給者番号及び公費負担者番号は必ず記入し、受領委任払いに関する同意の署名が確認できるものをお願いします。

※請求書の様式は、熊本県のものと異なっていますので、鹿児島県知事宛の様式を活用してください。

【診療報酬明細書発行手数料（レセプト発行手数料）について】

レセプト1件につき220円をお支払いします。

【請求時期及び振込時期について】

- (1) 当月分を翌月中に鹿児島県に請求してください。
- (2) 翌月中に請求があった分については、翌々月の末日に指定された口座にお振り込みします。
- (3) 請求期限は2年です。

【振込口座について】 ※様式は県ホームページに掲載しています。

(1) 初回請求時のみ

事業者等の登録を行いますので、初めて請求される際に「口座届出書」を鹿児島県に提出してください。

口座名義人が代表者と異なる場合には「委任状」を併せて提出してください。

(2) 口座に変更がある場合

代表者の変更や、登録済みの口座を変更されたい場合は、「口座変更届出書」を鹿児島県に提出してください。

※口座登録に時間を要しますので、変更を希望する場合は、当初登録した口座をしばらくの間解約しないようお願いします。

その他、御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

各種様式は、鹿児島県のホームページに掲載していますので、御活用ください。

鹿児島県ホームページ — 一般・県民の方々 — 暮らし・環境

— 環境保全 — 水俣病対策

— 医療手帳・水俣病被害者手帳 — 【整骨院・接骨院等】療養費支払請求書

— 水俣病要観察者等医療手帳 — 水俣病認定申請

— 水俣病要観察者等治療研究事業

《提出・問い合わせ・連絡先》

〒890-8577

鹿児島市鴨池新町10番1号

鹿児島県環境林務部環境林務課環境保健係

TEL 099-286-2584

FAX 099-286-5607

mail ephoken@pref.kagoshima.lg.jp

医療手帳(緑色)・水俣病被害者手帳(白色)用 療養費等支払請求書記入例

水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)
別記第4号様式(第12条関係)

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 手帳ごとに作成してください。

いずれかに○を付けてください。
両手帳分のレセプトがある場合は、
別々に請求してください。

手帳区分 (○をつける)	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
-----------------	-----------	---------------

療養費等支払請求書

年 月 分

区 分		件 数 (件)	総療養費 (円)	療 養 費 額 (円)
入 院	療 養 費			
	食事療養費及び生活療養費			
	小 計			
入 院	国 保			
	社保本人			
	社保家族			
	退職者本人			
	退職者家族			
	小 計			
外	前 期	2割		
	高 齢 者	3割		
	後 期	1割		
		2割		
		3割		
	公費併用等			
	小 計			
合 計		件	円	円
診療報酬明細書 発行手数料 (@220円)		件		円

総療養費=施術費の合計額
(保険適用額+自己負担額)
療養費請求額=施術費自己負担額
(レセプト1枚ごとに1円未満を切上げ)の計
合計欄=療養費に係るそれぞれの縦計
(手数料は含みません)

「書類発行責任者」は、貴施設の管理者等、
「担当者」は、実際に請求書を作成される方等、
実態に合わせてご記入ください。
※「書類発行責任者」と「担当者」が同一の場合は、
「担当者」及びその「電話番号」は「〃」や「同上」
と記載いただくなど、実態に合わせた取扱いで結構です。

上記のとおり請求します。
年 月 日 医療機関 所在地(〒)

手数料の件数=レセプト発行枚数

- ・ゴム印等でも構いません。
- ・開設者氏名には、その施設に勤務する柔道整復師の氏名を記入してください。

鹿児島県知事 殿

名 称
代表者名
電話番号 () -
FAX番号 () -

書類発行責任者	電 話 番 号
担 当 者	電 話 番 号

※診療報酬明細所(レセプト)を添付してください。(この欄は記入不要です。)

決	療養費等	
定	診療報酬明細書発行手数料	

水俣病要観察者等研究治療費等支払請求書

※医療手帳や水俣病被害者手帳分の請求がある場合は、
様式は別ですので、そちらで請求してください。

年 月 分

区 分		件 数 (件)	請求金額 (円)	
研 究 治 療 費	入 院	療 養 費		
		入院時食事療養費		
		入院時生活療養費		
	小 計			
	入	国 保		
		社 保 本 人		
		社 保 家 族		
		退 職 者 本 人		
		退 職 者 家 族		
	院	前 期	2 割	
高 齢 者		3 割		
後 期		1 割		
外	高 齢 者	2 割		
		3 割		
	公 費	一 般		
	併 用 等	老 人		
そ の 他				
小 計				
合 計				
診療報酬明細書発行手数料 (@220円)				

件数=レセプト件数
請求金額=施術費自己負担額
(レセプト1枚ごとに1円未満を切上げ)の計
合計欄=施術費に係るそれぞれの縦計
(手数料分は含みません)

「書類発行責任者」は、貴施設の管理者等、
「担当者」は、実際に請求書を作成される方等、
実態に合わせてご記入ください。
※「書類発行責任者」と「担当者」が同一の場合は、
「担当者」及びその「電話番号」は「〃」や「同上」
と記載いただくなど、実態に合わせた取扱いで結構です。

上記のとおり請求します。

年 月 日

手数料の件数=レセプト発行枚数

・ ゴム印等でも構いません。
・ 開設者氏名には、その施設に勤務 ⇒
する柔道整復師の氏名を記入して
ください。

医療機関等 { 所在地
 名称
開設者の氏名又は名称
電話番号 () -
FAX番号 () -

鹿児島県知事 殿

書類発行責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

※診療報酬明細所 (レセプト) を添付してください。 (この欄は記入不要です。)

決	研究治療費等	
定	診療報酬明細書発行手数料	

柔道整復施術療養費支給申請書に係る留意事項について

- 1 鹿児島県の手帳ごとの請求書様式に「柔道整復施術療養費支給申請書」を添付してください。
- 2 「柔道整復施術療養費支給申請書」については、医療保険請求の際に使用されるレセプトと同じもの（コピーでも可）を提出してください。
(自己負担額以外の保険請求については、県への請求とは別に通常どおり保険者に請求してください。)
- 3 「公費負担者番号（8桁の番号）」及び「受給者番号（7桁の番号）」を必ず記入してください。
(保険者へ請求するレセプトにも同様に記入するようお願いします。)
- 4 「受領委任払いに関する同意の署名」については、署名が確認できるものを提出してください。

※ 厚生労働省通知に従い、押印は不要です。

手帳ごとの公費負担者番号(8桁)を記入してください。
(番号は各種手帳に記載しています。)

手帳ごとの受給者番号(7桁)を記入してください。
(番号は各種手帳に記載しています。)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

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	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号①	公費負担医療の受給者番号②	保険種別	1.単組 2.2共 3.3共 4.国 5.浪 6.長期	1.単 2.2併 3.3併	1.本人 2.本人 3.本人 4.本人 5.本人 6.本人 7.本人 8.高 9.高 10.9 8・7																															
被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名	住所	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男2大		年月日																																				
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 緯						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	往療料	km 回	円	金属副子等 加算	回	円	施術情報 提供料	回	円	計	円																								
加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	円	柔道整復 運動後療料	回	円	円	円	円	円																									
整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円	円	円	円	円	円	円																									
部位	通減 %	通減開始 月	通減開始 日	後療料	円	回	冷電法料	円	回	温電法料	円	回	電療料	円	回	円	計	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
(1)	100																																					
(2)	100																																					
(3)	60																																					
(4)	60																																					
内 容	100																																					
要 約													合 計																		円							
													一部負担金																						円			
													請求金額																								円	
													※																									円
支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段	振込の種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	金融機関	銀行 金庫 農協	支店 支所	本店 支所	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 所在地〒 施術所 名称 電 話 フリガナ 柔道氏名												受取代理人への委任の欄 上記請求に基づき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)

受領委任払いに関する同意の署名を確認しますので、署名が確認できるものを提出してください。