

富士吉田市における子育て応援医療費等 助成事業現物給付方式の手引き (柔道整復師等用)

令和7年12月
富士吉田市
市民生活部こども家庭センター

富士吉田市における子育て応援医療費等助成事業について

富士吉田市では、子どもに係る医療費の一部を助成することにより、子どもの保健の向上に寄与するとともに保健福祉の増進を図るため、保険診療に係る子どもの医療費に対する助成制度を設けています。助成方法としては償還払い（※1）と現物給付（※2）があります。

※1 償還払い

受給者が施術所に対して、保険診療の一部負担金額を支払った後に、市に対して助成額の請求を行い、支払いを受ける方法。

※2 現物給付

受給者が、受けた施術に係る保険診療の一部負担金額を施術所に支払うことなく、市から施術所に対して助成額分に相当する医療費を支払う方法。

本手引きは、富士吉田市の柔道整復師会等に所属しない施術所における現物給付についての取り扱いとなります。また、「ひとり親家庭医療費助成事業」も本手引きと同様の取り扱いとなります。

I 医療費等助成事業について

1 事業の概要

(1) 現物給付方法とは

受診者は、施術所の窓口でマイナ保険証または資格確認書とともに「子育て応援医療費助成金受給資格者証」または「ひとり親家庭医療費助成金受給資格者証」を提示することにより、保険診療の自己負担分について窓口で支払うことなく施術を受けることができます。

(2) 事業の実施主体 富士吉田市

(3) 対象者

子育て応援医療費助成	満18歳に達する日以降最初の3月31日までの子ども
ひとり親家庭医療費助成	対象となっているひとり親家庭の父又は母及び子ども等

(4) 現物給付の対象となる医療費

施術に係る保険診療の一部負担金（自己負担額相当）

(5) 例外の取扱い

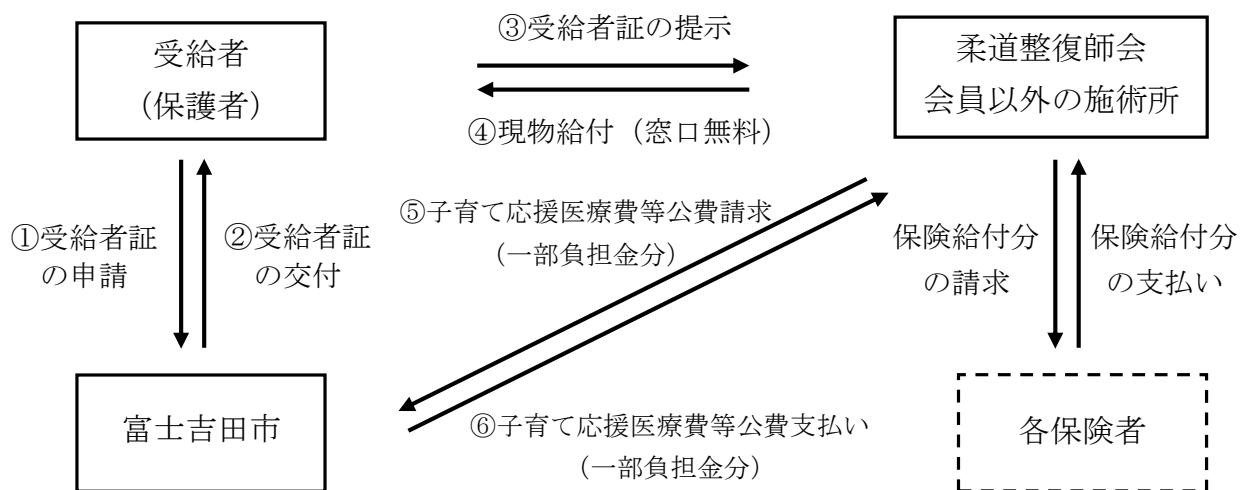
次の場合には現物給付の取扱いとなりません。

- ・窓口で受給資格者証の提示がない場合
- ・健康保険が適用されない場合
- ・施術所において、受領委任の取扱いをされていない場合
- ・他の公費負担医療制度（養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療、重度心身障害児医療等）の適用を受ける場合
- ・治療用装具等を作成した場合
- ・交通事故等第三者行為による診療の場合
- ・一部の国民健康保険組合に加入されている場合
【山梨県医師国保、全国歯科医師国保、全国土木建築国保、中央建設国保は、現物給付（窓口無料）の対象になります】
- ・学校や保育所等での負傷や疾病など、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場合

2 現物給付制度の流れ

富士吉田市における手続きの流れは、概ね以下のとおりとなっています。

【現物給付】（柔道整復師会会員以外の場合）



3 他の公費負担制度との関係

子育て応援医療費等助成事業よりも、他の公費負担制度が優先します。また、他の公費負担制度との併用はできませんので、他の公費負担制度による自己負担金は、受診者が後日領収証を持って市に申請する償還払いの扱いになります。

II 受給者証について

子育て応援医療費等助成の現物給付を行うには、富士吉田市が発行する受給資格者証が必要になります。施術所の窓口では、受診の都度、受給資格者証の提示を求め、内容を確認していただくようお願いいたします。なお、受診者の保険証情報や住所に変更がないかのご確認も併せてお願いいたします。

受給資格者証の内容に変更があった際は、富士吉田市役所で変更申請を行うようお伝えください。

1 公費負担者番号の構成

公費負担者番号は、8桁の算用数字から構成されており、富士吉田市の場合は次のとおりです。

子育て応援医療費助成公費負担者番号

法別番号		都道府県(山梨県)		実施機関(富士吉田市)			検証
8	1	1	9	0	0	2	7

ひとり親家庭等医療費助成公費負担者番号

法別番号		都道府県(山梨県)		実施機関(富士吉田市)			検証
8	2	1	9	0	0	2	6

2 受給資格者証の記載例

富士吉田市 子育て応援医療費助成金受給資格者証											
公費負担番号											
受給者番号											
被保険者等記号・番号	○○○○ ○○○○ ○○										
保健種別	自市町村国保										
保険者番号	190025										
保護者	住 所	山梨県富士吉田市下吉田6丁目1番1号									
	氏 名	吉田 太郎									
子 ど も	氏 名	吉田 花子									
有 効 期 間	生年月日	令和 3 年 10 月 1 日生									
有 効 期 間	通 院	令和 3 年 10 月 1 日から 令和 22 年 3 月 31 日まで									
	入 院	令和 3 年 10 月 1 日から 令和 22 年 3 月 31 日まで									
富士吉田市長											
交付年月日	令和 3 年 10 月 1 日										

公費負担番号と受給者番号が表示されています。

健康保険証情報と受給資格者証の内容に違いがないかを確認してください。

「子育て応援医療費」は子どもが満 18 歳に達した以降最初の 3 月 31 日まで、

「ひとり親家庭医療費」は毎年 8 月 31 日まで、または、受給資格喪失日までの表記となっています。

受給資格者証で確認してください。

III 施術所における取扱いについて

1 現物給付の条件

子育て応援医療費等助成事業において現物給付ができるのは、以下の項目を満たす場合に限ります。

- ① 受領委任の取扱いについて、「施術管理者」の届出をされた山梨県内の柔道整復師での保険適用療養費
- ② 施術の際に、受給資格者証及びマイナ保険証または資格確認書を提示した場合

2 一部負担金以外の徴収

富士吉田市の場合、保険診療の一部負担金額（2割または3割）は、原則、現物給付（窓口無料）です。

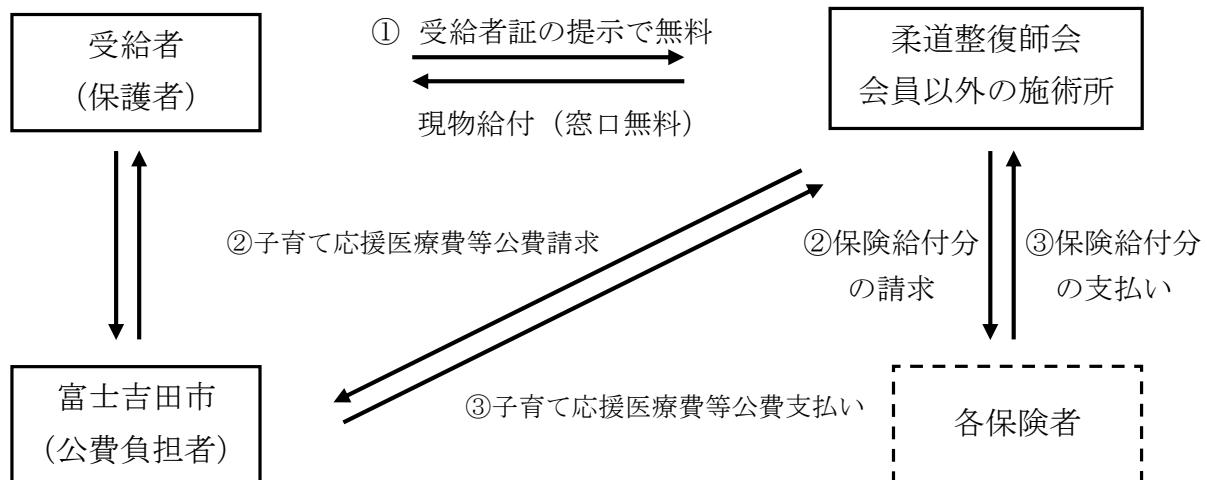
保険診療以外の費用のみ受診者から徴収してください。

IV 医療費の請求について

1 施術所における医療費の請求先

子育て応援医療費等公費については、柔道整復師会会員以外の柔道整復師の場合、富士吉田市に直接請求していただきます。

【現物給付】（柔道整復師会会員以外の場合）



- ① 受診者は、マイナ保険証または資格確認書と「子育て応援医療費等助成金受給資格者証」を提示して受診します。
- ② 施術所では、療養費支給申請書等で医療費の保険給付額を保険者に、一部負担金分を子育て応援医療費等公費として、診療月から2年以内に富士吉田市に請求を行います。（他の公費との併用はしないでください。）
- ③ 保険者及び富士吉田市は、療養費支給申請書等の内容を審査の上、施術所に子育て応援医療費等公費と保険給付額を支払います。

V 支給申請書の記載要領

1 支給申請書作成にあたっての留意点

- (1) 医療保険における療養費支給申請書等で請求します。(他の公費との併用はしないでください。)
- (2) 子育て応援医療費等公費は、他の公費負担制度を優先します。他の公費負担制度を適用する場合は、子育て応援医療費等公費は適用されません。
- (3) 子育て応援医療費等公費（一部負担金）は1円単位で記載します。
- (4) 国民健康保険に加入する受診者について限度額適用認定証が提示された場合は、認定証に記載されている適用区分を必ず摘要欄に記載します。
- (5) 受領委任の取扱いについて、「施術管理者」の届出された際の「登録記号番号」を記載します。
- (6) 受診者（または、保護者等）は、施術所へ受領委任する旨を署名または記名・押印してください。
- (7) 支給申請書等は、診療月から2年以内に富士吉田市へ請求してください。毎月10日までに請求のあった子育て応援医療費等公費は、請求月の翌月末までにお支払いいたします。ただし、請求が遅れた場合、請求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）、支給申請書の施術内容に疑義がある場合等については、支払時期が遅れる場合があります。
- (8) 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）、支給申請書の施術内容に疑義がある場合等は、支給申請書を返戻する場合があります。その際は、「柔道整復施術療養費支給申請総括票」を再度提出してください。
- (9) 子育て応援医療費等公費の支払い後に保険者から返戻があった場合は、富士吉田市に「柔道整復施術療養費取り下げ依頼書」により申出をしてください。富士吉田市の指示に従い、返還していただきます。
- (10) 富士吉田市へ請求する際は、受診者の支給申請書とそれを総括した「柔道整復施術療養費支給申請総括表」を添付してください。

記入例

* 公費負担者番号及び受給者番号等も記載してください。

(様式第5号) 柔道整復施術療養費支給申請書 令和 年 月分																										
-										-																
公費負担者番号 (1)				公費負担医療の受給者番号(1)																						
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 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																				
				1男 1明 2大 3昭 4平 5合 2女 年月日																						
施 術 経 過	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														
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	請求区分 新規・継続																							
内 容 欄	初検料 円	初検時相談 円	往療料 km 回	金属副子等 円	施術情報 提供料 円	明細書発行 体制加算 円	計 円																			
	加算(休日・深夜・時間外) 円	支援料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	柔道整復運動後療料 円	回	回	回																			
	再検料 円			回	回	回	回																			
	整復料・固定料・施療料 (1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計 円															
	部 位 遅減 %	遅減開始月 日	後療料 円 回	冷罨法料 円 回	温罨法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多部位 計 円																		
	(1) 100	—	—	—	—	—	—	—																		
	(2) 100	—	—	—	—	—	—	—																		
	(3) 60 100	—	—	—	—	—	0.6	—																		
	(4) 60 100	—	—	—	—	—	0.6	—																		
	摘要	園や学校下のケガでない場合は その旨を記入してください。												合計 円												
												一部負担金 円														
												請求金額 円														
金		振込口座を記載します。										勤日 日 日 日 日 日														
明細書発行 体制加算 円												登録記号番号														
支払機関欄		預金の種類 金融機関	本店 支店 本・支所	リカナ 口座 名称 番号																						
上記のとおり施術したことを証明します。 令和 年 月 日												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。 令和 年 月 日														
施術證明欄		所在地〒	施術所名称	電話	柔道整復師 氏名	受取代理人への委任の欄	被保険者 世帯主組合員受給者 氏名	被保険者(または世帯主等)が氏名の署名又は記入・押印																		
												この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、印してください。														

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

柔道整復施術療養費支給申請総括票
年　月分

年　月　日

富士吉田市長 様

申請者

(印)

所在地 〒

TEL

柔道整復施術療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

請求金額 円

助成種別(どちらかに○を付けてください)

子育て応援医療費公費分 · ひとり親家庭等医療費公費分

(明細書)

	被保険者名	療養者名	費用額	請求金額 (一部負担金)	診療年月	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

振込先 金融機関・支店名:

口座種別: 普通 · 当座 口座番号:

(フリガナ)
口座名義:

柔道整復施術療養費 取り下げ依頼書

年 月 日

富士吉田市長 様

申請者

(印)

所在地 〒

TEL

下記のとおり療養費支給申請書の取り下げを依頼します。

施術月	年 月分	請求月	年 月
公費負担 番号		受給者番号	
療養を受けた 者 の 氏 名		生年月日	年 月 日
合計金額	円		
取り下げ理由			

Q & A編

1 一部負担金について

Q1. 他の公費負担制度がある場合、子育て応援医療費等の一部負担金はどのようになるのですか。

A1. 他の公費負担制度を優先適用し、子育て応援医療費等の現物給付の適用とはなりません（他公費との併用不可）。他の公費負担制度の一部負担金を窓口で支払い、領収書を持って富士吉田市担当窓口に申請する償還払いとなります。ただし、特定の疾病にのみ適応される公費であって、当該公費が適応される医療費以外の医療費については、子育て応援医療費等の現物給付の対象となります。

2 受給資格者証について

Q1. 受給資格者証の確認は、月初めに行えば同一月内は省略してもよいですか。

A1. 過誤の発生を防止する観点から、必ず受診の都度、マイナ保険証または資格確認書と受給資格者証に相違がないか、住所変更の有無等を確認してください。受診時に受給資格者証を確認できない場合は、償還払い取り扱ってください。

Q2. 受診者が受給資格者証を忘れて持参しなかった場合の一部負担金はどのように扱うのですか。

A2. 受給資格者証の提示がない場合は、子育て応援医療費等公費を適用せず、保険診療の一部負担金額（2割又は3割）を徴収することとなります。なお、受給者は受診月の翌月から2年間の間に富士吉田市役所で償還手続きを行うこととなります。

Q3. 月途中で富士吉田市からB市へ住居を移した場合、受給資格者証はどのように取り扱いになるのですか。

A3. 他市町へ住居を移した場合は、転出日もしくは転入日の前日をもって受給資格者証の効力が喪失されますので、B市の受給資格者証の提示がない場合は保険診療の一部負担金額の徴収をお願いします。

Q4. 受給者証の有効期間はどのように設定されていますか。

A4. 富士吉田市の場合、子育て応援医療費助成は子どもが満18歳に達する日以降最初の3月31日までとなります。ひとり親家庭等医療費助成は、毎年8月31日まで、または、受給資格喪失日までとなります。受給資格者証の有効期限を確認してください。

3 子育て応援医療費の請求について

Q 1. 施術所における子育て応援医療費等の請求はどのように行うのですか。

A 1. 子育て応援医療費等の請求は、柔道整復師会会員以外の柔道整復師の場合
は、富士吉田市担当窓口へ直接請求を行っていただきます。

Q 2. 受給資格がなかった場合などは、療養費支給申請書が返戻されるのですか

A 2. 「受給資格者証を確認しなかった（受給資格がない）」や「受給資格者証の
有効期間を経過していた」など、明らかに施術所側の確認ミス等が原因による
過誤については、レセプトを返戻する場合がありますのでご注意願います。

Q 3. 子どもの加入する保険者の所在地は、山梨県外でも問題ありませんか。

A 3. 保険者の所在地は関係ありません。

Q 4. 交通事故などの第三者行為による診療はどうになりますか。

A 4. 第三者の行為による負傷の場合は、子育て応援医療費等助成の対象になりま
せん。ただし、単独事故などの場合は、保険診療の対象となる場合もあります
ので受給者から保険者に確認をしてください。

※学校や保育所等での負傷や疾病などの場合は、必ず受傷者及び保護者に状況
を確認し、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の
場合は園や学校に申請するよう伝えてください。

★★独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の適用について★★

園や学校でのケガ等で、初診から治癒までの医療保険の対象となる医療費の自己負担分3割
の合計が1,500円以上のもの（就学前は2割の合計が1,000円以上）については、独立行政法
人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の対象となります。医療費総額の4割が給付
金として支払われますので、医療費の自己負担分を医療機関にて自費で支払っていただき、
子どもが通園・通学している園・学校へ「日本スポーツ振興センター災害共済給付金の申請」
をしてください。

（対象外の園・学校もありますので、まずは園・学校にお問合せください。）

問い合わせ先

〒403-8790

山梨県富士吉田市下吉田6丁目1番1号

富士吉田市役所 こども家庭センター

電話 0555-22-5155

FAX 0555-22-7666