



ダイジェスト版

***水俣病被害者手帳交付開始(熊本県)**

平成 22 年 6 月末から順次「水俣病被害者手帳」
(白色) の交付を開始しています。

【請求上の注意】

水俣病の請求(自己負担分)は、
「柔道整復療養費支給申請書」



「療養費支払請求書(第4号様式)」

に必要事項を記載のうえ熊本県宛てに請求してください。

水俣病被害者手帳 見本

水俣病被害者手帳 (水俣病総合対策医療事業)		
公費負担者番号	5 1 4 3	7
受給者番号	9 0 0 0 0 2	7
受給者住所	熊〇〇〇〇〇〇〇〇	
氏名	桑〇〇〇〇	
生年月日	昭和 17 年 1 月 1 日	
効力開始日	平成 22 年 7 月 1 日	
発行機関及び印	熊本県 	
交付年月日	平成 22 年 7 月 1 日	

水俣病被害者手帳 (水俣病総合対策医療事業)		
公費負担者番号	5 1 4 3	0 1 9
受給者番号	8 0 0 0 0 2	8
受給者住所	東〇〇〇〇〇〇〇〇	
氏名	緒〇〇〇〇	
生年月日	昭和 16 年 1 月 1 日	
効力開始日	平成 22 年 7 月 1 日	
発行機関及び印	熊本県 	
交付年月日	平成 22 年 6 月 18 日	

水俣病総合対策医療事業(熊本県・水俣病被害者手帳) 第4号様式(第0、13、15号関係)

手帳区分: 〇〇〇〇〇〇 1 医療手帳 2 水俣病被害者手帳

期間: 〇〇/〇〇/〇〇 - 〇〇/〇〇/〇〇

療養費支払請求書

年 月 分

区分	種別	日数	日額	総療養費(円)	自己負担額(円)	公費負担額(円)
入	療養費					
	特別給付(210円超過)					
小計						
入	療養費					
	特別給付(210円超過)					
小計						
公費負担率						
療養費等小計(合計)		件	日	円	円	円
新療養費明細書発行手数料(※210円)		件				円
合計						円

注) 療養費等 新療養費明細書等 上記のとおり請求します。

年 月 日 医療機関 所在地(〒)

法人名
施設名
電話
開設者名

印

手帳種類	公費負担者番号(8桁)	受給者番号(7桁)
水俣病被害者手帳(療養手当無し)	5 1 4 3 3 0 2 7	9 〇 〇 〇 〇 〇 〇
水俣病被害者手帳(療養手当有り)	5 1 4 3 3 0 1 9	8 〇 〇 〇 〇 〇 〇

請求書の送付先

〒862-8570
熊本県水前寺6丁目18番1号
熊本県環境生活部水俣病保健課

「柔道整復師の施術に係る療養費の領収書及び明細書の交付について」

(厚労省保険局医療課長通知より抜粋)

(1) 平成 22 年 9 月 1 日以降の施術分から、柔道整復の施術に係る療養費の一部負担金等の費用の支払を受けるときは、領収証を無償で交付しなければならないこととしたこと。

今回、交付が義務付けられる領収証は、保険分合計及び一部負担金並びに保険外の金額の内訳が分かるものとし、別紙様式 1 を標準とする。

(2) 平成 22 年 9 月 1 日以降の施術分から、患者から柔道整復師の施術に要する費用に係る明細書の発行を求められた場合には、明細書を交付することとしたこと。(実費徴収可)

具体的には、療養費の算定項目が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式 2 を標準とする。

別紙様式 1

(別紙様式 1)

領 収 証

_____ 様

保険分合計	円
① 一部負担金	円
② 保険外	円
合計金額 (①+②)	円

平成 年 月 日

上記合計金額を領収いたしました。

住所 _____

施術所名 _____

氏名 _____ ①

電 話 _____

別紙様式 2

(別紙様式 2)

明 細 書

_____ 様

保	〈初検料・再検料等〉		
	初 検 料	円	
	初検時相談支援料	円	
険	再 検 料	円	(負傷力所 カ所)
	〈施術情報提供料〉	円	
分	〈往療料〉	円	(負傷力所 カ所)
	〈施術料等〉	円	
	整復・固定・施療料	円	
	後 療 料	円	
	温 電 法 料	円	
	冷 電 法 料	円	
	電 療 料	円	
〈その他〉	円		
	計	円	
	① 一 部 負 担 金	円	
	② 保 険 外	円	
	合計金額 (①+②)	円	

平成 年 月 日

上記合計金額を領収いたしました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印