

はり、きゅう、あん摩・マッサージ施術所（団体） 各位

療養費（あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師）に係る審査支払受託保険者の変更について（お知らせ）

沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「本会」という。）は令和5年4月より、中城村のあん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の施術に係る療養費（以下「あはき療養費」という。）の審査支払に関する業務を受託することとなりました。

つきましては、あはき療養費の受領委任の取扱いに係る届け出をされている施術所におかれましては、本会へ申請書を提出する対象保険者は下記のとおりとなりますので、ご確認のうえ、提出くださいますようお願いいたします。

記

1 対象保険者（市町村）

※下表に記載している保険者（市町村）の申請書のみ、本会で受付（審査支払）します。

（表）本会へ申請書を提出対象保険者

	保険者番号	保険者名		保険者番号	保険者名
1	00470013	那覇市	14	00470278	中城村
2	00470047	沖縄市	15	00470377	南風原町
3	00470054	宜野湾市	16	00470385	久米島町
4	00470062	宮古島市	17	00470401	渡嘉敷村
5	00470088	浦添市	18	00470427	粟国村
6	00470096	名護市	19	00470435	渡名喜村
7	00470112	国頭村	20	00470443	南大東村
8	00470120	大宜味村	21	00470450	北大東村
9	00470153	本部町	22	00470468	伊平屋村
10	00470195	伊江村	23	00470476	伊是名村
11	00470237	読谷村	24	00470534	竹富町
12	00470245	嘉手納町	25	00470542	与那国町
13	00470252	北谷町	26	3947XXXX	沖縄県後期高齢者 医療広域連合

（下4桁は市町村によって異なります。）

2 申請書提出における留意事項

- ① 療養費支給申請書の様式は、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 1 2 日保発 0612 第 2 号）にて示されている様式（様式第 6 号及び様式第 6 号の 2）を使用してください。
- ② 支給申請書には登録記号番号を必ず記載してください。
- ③ 申請書を提出する際には必ず療養費支給申請総括票（様式第 8 号及び様式第 9 号）を添付してください。
- ④ 同意書などの添付書類がある場合は、該当の申請書の後ろに添付してください。
（例：申請書→同意書→往療内訳表など）
（ホッチキス止めやハリナックス止め・糊付けはしないでください。）
- ⑤ 記載内容に訂正がある場合は、二重線で取り消してください。（訂正印は不要です。）
- ⑥ 保険者等の求めに応じて、資料（施術録等）を申請書に添付して提出する場合は、原本ではなく、必ずコピーを添付してください。
- ⑦ 口座番号は、「7ケタ」で記載をお願いします。（ハイフン「-」も記載不要です。）
通帳に「6ケタ」で記載されている場合は、前に「0」の追加をお願いします。

本会のあはき療養費審査支払業務におけるご理解とご協力のほどお願いいたします。

問い合わせ先 沖縄県国民健康保険団体連合会 業務管理課 TEL：098-863-2063
