

柔道整復施術療養費支給申請書															都道府県番号		施術機関コード																																					
令和 年 月 分															保険者番号		3	1	1	1	0	2	8	1																														
—															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					保険種類		1.協	2.組	3.共	単併区分		1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	2.本人	4.六歳	6.家族	8.高一	給付割合	10・9																												
公費負担者番号②					公費負担医療の受給者番号②					保険種類		4.国	5.退	6.後期												8・7																												
被保険者		氏名		氏名		住所		住所																																														
世帯主・組合員の受給者		住所		住所		住所		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令																																												
2女										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					往療料 km 回 円					金属副子等加算 回 円					施術情報提供料 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					柔道整復運動後療料 回 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 円					冷電法料 回 円					温電法料 回 円					電療料 回 円					計 円					多部位 計 円					長期 計 円				
(1)										100					—																																							
(2)										100					—																																							
(3)										60					—																																							
(3)										100																																												
(4)										60																																												
(4)										100																																												
摘 要																									合 計																									円				
																									一部負担金																									円				
																									請求金額																									円				
																									※																									円				
金属副子等加算日										1回目 日					2回目 日					3回目 日					柔道整復運動後療料加算日					日 日 日 日 日																								
支払区分										預金の種類					金融機関					本店					本店					登録記号番号																								
1:振込										1:普通					銀行					支店					名称																													
2:銀行送金										2:当座					金庫					支店					口座																													
3:当地払										3:通知					農協					本・支所					番号																													
4:別段										4:別段																																												
上記のとおり施術したことを証明します。																									令和 年 月 日																													
所在地〒																									住所(上記住所欄と同じ)																													
施術所 名 称																									被保険者																													
電 話																									世帯主																													
柔道 整復師 氏 名																									組合員																													
フリガナ																									受給者																													
																									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、 ほ印 してください。																													

(※は保険者使用欄)