

柔道整復施術療養費・医療費支給申請書 (令和 年 月分)

(あて先)

長

子 障
母 福

都道府県番号	23	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
保険種別	1.協	2.組	3.共
	4.国	5.退	6.後期
		自	
	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	0.高7	給付割合
			10・9
			8・7

公費負担者番号(*1)									
受給者番号									
受給者の氏名(子ども医療の場合は、対象児童名)及び住所	氏名		住所	〒					

療養を受けた者の氏名	生年	月	日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男				
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	金属副子等加算	回	施術情報提供料	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			

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	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
(1)	100	――						――	――		
(2)	100	――						――	――		
(3)	60	――						0.6			
(4)	100							――	――		
(4)	60							0.6			
(4)	100							――	――		

摘要	合計					円
	一部負担金					円
	請求金額					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	医療助成額(*2)					円
----------	-------	-------	-------	--------------	---	---	---	---	-----------	--	--	--	--	---

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	口座番号	登録記号番号
	1:振込	1:普通	銀行	フリガナ	口座番号	
	2:銀行送金	2:当座	金庫	本店	口座番号	
	3:当地払	3:通知	農協	支店	口座番号	
	4:別段	4:別段	農協	本・支所	口座番号	

上記のとおり施術したことを証明します。	令和 年 月 日	所在地 〒 -	申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
令和 年 月 日			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
所在地 〒 -			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
施術所名称			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
電話			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
フリガナ			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
柔道整復師氏名			申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 *1 後期高齢者福祉医療に該当する場合は、公費負担者番号を記入すること。
 (子ども医療、母子・父子家庭医療、障害者医療に該当する場合は、未記入すること。)
 *2 「医療助成額」欄は、市町村が記入するため、未記入とすること。
 *自署できない場合は、代理記入してください。