

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

都道府県番号	施術機関コード
保険者番号	
記号・番号	
1.協 2.組 3.共	単併区分
4.国 5.退 6.後期	1.単独 2.2併 3.3併
	2.本人 3.家族
	8.高一 0.高7
	給付割合 10・9 8・7

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・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
	1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令	
	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	—						0.6	
(4)	60	—						0.6	
	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 日
	※ 円

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

施 術 証 明 欄	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 〒 施術所 名称 電 話 柔 道 フリガナ 整復師	受取代理人への委任の欄 令和 年 月 日 住 所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏 名	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。 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、代理記入してください。
-----------	--	---	---

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)