

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 柔道整復施術療養費支給申請書

年 月 日

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	
4.国	5.退	6.後期	
単併区分	1.単独	2.2併	3.3併
本家区分	1.本人	2.本人	3.本人
8.高一	9.高	10.高	
給付割合	10・9		
			8・7

公費負担者番号		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	氏名	住所
世帯主・組合員の受給者住所		

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	1明2大		
2女	3昭4平	年 月 日	
負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日
(1)	・	・	・
(2)	・	・	・
(3)	・	・	・
(4)	・	・	・
(5)	・	・	・

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	円	回数	円	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	回数	円	柔道整復運動後療料	円	回数	円	計	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	冷電法料	温電法料	電療料	計
(1)	100	—	円	回	円	回	円
(2)	100	—	円	回	円	回	円
(3)	60	—	円	回	円	回	円
(4)	60	—	円	回	円	回	円
	100	—	円	回	円	回	円

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	2回目	3回目	柔道整復運動後療料加算日	日	日	日	日	日	日	円

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

上記のとおり施術したことを証明します。	受取代理人への委任の欄	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。
年 月 日		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
柔道フリガナ		組合員
整復師氏名		受給者
	印	氏名

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)