

様式第5号

柔道整復施術療養費支給申請書

登録記号番号

--

平成  年  月分

本人	本高9	本高8	
家族	家高9	家高8	家6歳

保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
記号番号	<input type="text"/>						
20	1 国単		3 退本単		5 退家単		7 後期
	1 高	1 2	高	7	3	6	歳

被保険者 世帯主・組合員 受給者	の氏名 住所	氏名	住所	施術 実日数	日
------------------------	-----------	----	----	-----------	---

施 術 の 内 容	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							
	男・女		明・大・昭・平		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					
	初検料	円	初検時相談支援料	円	再検料	円	往療料	km 回	円	金属副子等加算(大・中・小)	円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)		円	加算(夜間・暴風雨雪)		円	施術情報提供料		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 円 回	冷電法料 回 80 円	温電法料 回 75 円	電療料 回 30 円	計	円	多部位	円	長期	計	円
1	100	—							—	—			
2	100	—							—	—			
3	80	—							0.8				
	100								—	—			
4	33	—							0.33				
	80								0.8				
	100								—	—			
5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	33								0.33				
	80								0.8				
	100								—	—			
摘要						合 計						円	
						一部負担金						円	
						請求金額						円	
						※ 決定額						円	

上記のとおり施術したことを証明します。

平成 年 月 日

柔道 所在地 〒

整復師 名称

フリガナ

氏名

療養費の支給を請求し、その受領を左記の者に委任します。

平成 年 月 日

被保険者 住所 (上記住所欄と同じ)

世帯主

組合員 氏名

受給者

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、押印してください。

振込先金融機関

給付割合  割 助成割合  割