

<h2 style="margin: 0;">柔道整復施術療養費支給申請書</h2> <p style="margin: 0;">年 月 分</p>										個人番号				都道府県番号		施術機関コード															
										保険者番号				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				公費負担者番号②				公費負担医療の受給者番号②				保険種別															
被保険者 世帯主・組合員の 受給者		氏名		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		明細書発行 体制加算		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		円		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 円		冷 罎 法 料		回 円		温 罎 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	—							
(4)	100	—																					—	—							
摘 要										合 計																					
										一 部 負 担 金																					
										請 求 金 額																					
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																					
明細書発行体制加算		加算日		日		日																									
支 払 機 関 欄	支 払 区 分	預 金 の 種 類	金 融 機 関	銀 行	本 店	支 店	本 ・ 支 所	フリガナ	口 座 名 称	口 座 番 号	登 録 記 号 番 号																				
	1: 振込	1: 普通																													
	2: 銀行送金	2: 当座																													
	3: 当地払	3: 通知																													
	4: 別段	4: 別段																													
施 術 証 明 欄	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。																			
	令和 年 月 日											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																			
	フリガナ											組 合 員																			
	柔 道 整 復 師 氏 名											受 給 者																			
	氏 名											氏 名																			
	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、ぼ印してください。											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、ぼ印してください。																			

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)
この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。