個人番号												

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			

ー		ー	
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	

記号・番号											
保険種別	1.協	2.組	3.共		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
	4.国	5.退	6.後期								

被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名		住所	

施術の内容欄

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因
1男 2女	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	継続月数	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 加算(休日・深夜・時間外) 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	明細書発行体制加算 円	計	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	冷罨法料 回 円	温罨法料 回 円	電療料 回 円	計 円	多部位	計 円	長期	頻回	計 円
(1)	100	――						――	――			
(2)	100	――						――	――			
(3)	60	――						0.6				
	100							――	――			
(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
明細書発行体制加算 加算日 日			

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 金庫 農協 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 ― ―

施術証明欄	受取代理人への委任の欄
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 柔道整復師 フリガナ 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。 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 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。