

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 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	単併区分
4.国 5.退 6.後期	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

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	住所
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・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	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		

修復料・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 円 回	温電法料 円 回	電療料 円 回	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	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 日 日
	※	円

支払機関	預金の種類	金融機関	本店	フリガナ	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	本店	口座	
2:銀行送金	2:当座	金庫	支店	名称	
3:当地払	3:通知	農協	本・支所	口座	
	4:別段			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。 平成 年 月 日 所在地 〒 施術所名称 電話 柔道整復師氏名	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。 平成 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
-------	--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

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)