

(別添)

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

年 月 分

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 1.単独 2.2併 3.3併
4.国 5.退 6.後期	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	保険種別
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	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	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・難路・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	冷罨法料 円 回	温罨法料 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	
	100							—	—
(4)	60							0.6	
	100							—	—

摘 要	合 計	円
	一部負担金	円
	請求金額	円
	※	円

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

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日 所在地〒 施術所 名称 電 話 柔道 フリガナ 整復師 氏名	受取代理人の欄	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 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)

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、押印してください。