

(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.単独 2.2併 3.3併	1.単独 2.本人 3.本人 4.六歳 5.家族
6.後期	8.高一 9.高七
	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 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	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	逓減 %	逓減開始 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)	70	-----						0.7	
	100							-----	
(4)	70							0.7	
	100							-----	

摘 要	合 計	円
	一部負担金	円
	請求金額	円
	※	円

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	口座 名称 口座 番号	登録記号番号
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------	--------

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 フリガナ 整復師 氏名	受取代理人の欄 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	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。 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。
-----------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

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)