

神奈川県における小児医療費助成制度の  
対象拡大に係る請求事例

神奈川県国民健康保険団体連合会

# 柔道整復施術療養費支給申請書の場合

										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										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	
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号②										4.国	5.退	6.後期													8・7
被保険者 氏名										住所																									
世帯主・組合員の受給者 住所										氏名																									
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															
(1)										・										・															
(2)										・										・															
(3)										・										・															
(4)										・										・															
(5)										・										・															
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															
再検料										円										往療料															
km										回										円															
金属副子等加算(大・中・小)										円										計															
加算(休日・深夜・時間外)										円										加算(夜間・難路・暴風雨雪)															
円										円										円															
整復料・固定料・施療料										(1) 円										(2) 円															
(3) 円										(4) 円										(5) 円															
計										円										計															
円										円										円															
部 位										通減 %										通減開始 月 日															
後療料										円										回															
円										円										円															
冷電法料										回										円															
温電法料										回										円															
電療料										回										円															
計										円										計															
円										円										円															
多部位										計										円															
長期										計										円															
(1)										100										—															
(2)										100										—															
(3)										60										—															
										100										—															
(4)										60										—															
										100										—															
摘 要										小児医療の通院助成の拡大に伴い、医療証に自己負担限度額の記載がある受給者に限り、通院1回につき500円までを記載。										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															
1:振込										1:普通										銀行															
2:銀行送金										2:当座										金庫															
3:当地払										3:通知										農協															
4:別段										4:別段																									
本 支 本 支										本 支 本 支										本 支 本 支															
合計から一部負担金を差し引いた金額を記載。																				登録記号番号															
																				— —															
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															
①																																			
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																									
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。																																			