

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	8	1	1	4	*	*	*	*	*	公費負担医療の受 給者番号①	*	*	*	*	*	*	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	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																		
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		計 円																			
(1)		100		—												—		—																					
(2)		100		—												—		—																					
(3)		60		—												0.6		—																					
(4)		100		—												0.6		—																					
(4)		60		—												0.6		—																					
(4)		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									
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				
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。																																							