

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 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											
保険種別	1.協	2.組	3.共		単併	1.単独	本家区分	本人4.六歳 6.家族	8.高一	給付割合	10・9
	4.国	5.退	6.後期		区分	3.併			0.高7		8・7

—					—						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						保険種別	1.協	2.組	3.共	単併区分	1.単独	2.本人	8.高一	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		2.2併	4.六歳	6.家族		0.高7

被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	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 5 令	
	2 女	3 昭 4 平 年 月 日	

施 術	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
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

の	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 円	手術情報 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 円	円		

整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

内	部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料		冷罨法料		温罨法料		電療料		計 円	多部位	計 円	長期	計 円
				円	回	円	回	円	回	円	回					

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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	※					円
--------------	-----	-----	-----	------------------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	---

支払	支払区分 1:振込	預金の種類 1:普通	金融機関 銀行	本店	7/10	口座 1000	登録記号番号
----	--------------	---------------	------------	----	------	------------	--------

[illegible][illegible]

施 令和 年 月 日 文取 令和 年 月 日

術	所在地	代理	住所(上記住所欄と同じ)
---	-----	----	--------------

証 術 所 名 称 人 住 所 (上記住所欄と同じ) 被保険者

明 電 話 _____ の委 [主] 氏 名

欄 柔道 フリガナ
 整備師 氏 名
 (印) 任の [受給者]

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)