

(様式第5号)

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															
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		1.単独		2.本人		8.高一		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		0.高7		8・7			
被保険者 氏名					住所																				
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															
1男					1明 2大 3昭 4平 5令																				
2女					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					往療料 km 回 円					金属副子等加算 回 円					施術情報提供料 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 回 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			冷電法料 回 円			温電法料 回 円			電療料 回 円			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										
															一部負担金										
															請求金額										
															※										
金属副子等加算日		1回目 日		2回目 日		3回目 日		柔道整復運動後療料加算日 日 日 日 日 日																	
支払区分		預金の種類		金融機関		フリガナ		口座		口座		口座		口座		登録記号番号									
1:振込		1:普通		銀行		本店		口座		口座		口座													
2:銀行送金		2:当座		金庫		支店		口座		口座		口座													
3:当地払		3:通知		農協		本・支所		口座		口座		口座													
4:別段		4:別段						口座		口座		口座													
上記のとおり施術したことを証明します。					令和 年 月 日					所在地〒															
施術所名称					電話					フリガナ															
柔道 整復師氏名																									
受取代理人への委任の欄					令和 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、 ぼ印 してください。																				

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)