

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 日

都道府県番号	施術機関コード
保険者番号	

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	4.国	5.退	6.後期	7.本人	8.高一	9.給付割合
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.本人	0.高7	10・9

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
1男 1明 2大 3昭 4平 5令	年 月 日	
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 円	施術情報提供料 円	明細書発行体制加算 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	円	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 円	冷罨法料 円 回 円	温罨法料 円 回 円	電療料 円 回 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	—						—	—
(2)	100	—						—	—
(3)	60	—						0.6	
(4)	60	—						0.6	
(4)	100	—						—	—

摘要	合計 円				
	一部負担金 円				
	請求金額 円				
金属副子等加算日	1回目 日 日 日	2回目 日 日 日	3回目 日 日 日	柔道整復運動後療料加算日	日 日 日 日 日
明細書発行体制加算	加算日 日 日 日				

支払区分	預金の種類	金融機関	本店	支店	口座番号	登録記号番号
1:振込	1:普通		銀行	本店	口座名称	
2:銀行送金	2:当座		金庫	支店	口座番号	
3:当地払	3:通知		農協	本・支所		
	4:別段					

施術証明欄	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 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	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、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ば印してください。
-------	--	---	--

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)