

(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		併区分		3.3併		4.六歳		6.家族		0.高7		8・7	
被保険者		氏名		氏名		住所		住所																			
世帯主・組合員の受給者		住所		住所		住所		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					計 円							
整復料・固定料・施療料					(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計 円		円										
部位		通減%		通減開始月日		後療料 円 回		冷電法料 円 回		温電法料 円 回		電療料 円 回		計 円		多部位 計 円		長期 計 円									
(1)		100		—												—		—									
(2)		100		—												—		—									
(3)		60		—												0.6											
(4)		100		—												—		—									
(4)		60		—												0.6											
(4)		100		—												—		—									
摘要																				合計		円					
																				一部負担金		円					
																				請求金額		円					
																				※		円					
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		本店		支店		本・支所		フリガナ		登録記号番号													
1:振込		1:普通		銀行		本店		支店		本・支所		フリガナ															
2:銀行送金		2:当座		金庫								フリガナ															
3:当地払		3:通知		農協								フリガナ															
4:別段		4:別段										フリガナ															
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		所在地					
令和 年 月 日										令和 年 月 日										住所(上記住所欄と同じ)		住所(上記住所欄と同じ)					
施術所名称										被保険者										世帯主		氏名					
電話										組合員										受給者		氏名					
柔道整復師氏名										フリガナ										フリガナ		フリガナ					
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)