

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 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 | |
| 1.協 2.組 3.共 | 1.単独 2.2併 3.3併 |
| 4.国 5.退 6.後期 | 1.本人 2.六歳 3.家族 |
| | 8.高一 9.高七 |
| | 10・9 8・7 |

| | |
|----------|---------------|
| 公費負担者番号① | 公費負担医療の受給者番号① |
| 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 |
| (1) | ・ | ・ |
| (2) | ・ | ・ |
| (3) | ・ | ・ |
| (4) | ・ | ・ |
| (5) | ・ | ・ |
| 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 円 | 金属副子等加算 円 | 施術情報提供料 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 | | |
| 整復料・固定料・施療料 | (1) 円 | (2) 円 | (3) 円 | (4) 円 | (5) 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 |
| (1) | 100 | — | | | |
| (2) | 100 | — | | | |
| (3) | 60 | — | | | |
| (4) | 60 | | | | |
| | 100 | | | | |

| | | | |
|--------------|-------|---------|--------|
| 電療料 円 回 | 計 円 | 多部位 計 円 | 長期 計 円 |
| (1) | | — | — |
| (2) | | — | — |
| (3) | | 0.6 | |
| (4) | | 0.6 | |
| (5) | | — | — |
| 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 | 2回目 日 | 3回目 日 |
| 柔道整復運動後療料加算日 | 日 | 日 | 日 |

| | | | | | | |
|--------|-------|------|----|----|----|--------|
| 支払区分 | 預金の種類 | 金融機関 | 本店 | 支店 | 支所 | 登録記号番号 |
| 1:振込 | 1:普通 | 銀行 | | | | |
| 2:銀行送金 | 2:当座 | 金庫 | | | | |
| 3:当地払 | 3:通知 | 農協 | | | | |
| | 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。 平成 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 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 |
|-------|---|---|

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)

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入できない場合には、代理記入の上、押印してください。