

## 柔道整復施術療養費支給申請書

○市町村番号	○保険者番号	○保険種別 政・組・船・国・通・高	○本人・家族の区分 本人・家族 6歳就学前・70歳～75歳（1割・2割・3割） 75歳以上（1割・3割）		
○被保険者証等の記号・番号	○生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	○被保険者（世帯主・受給者）の氏名		○被保険者（世帯主・受給者）の住所 〒	
○療養を受けた者の氏名	○生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	○負傷の原因			
○負傷名	○負傷年月日 年 月 日	○初検年月日 年 月 日	○施術開始 年 月 日	○施術終了 年 月 日	○実日数 日
(1)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治療・中止・転医
(2)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治療・中止・転医
(3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治療・中止・転医
(4)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治療・中止・転医
(5)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治療・中止・転医
○経過					請求区分 新規・継続
初検料 円	初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 回 円	金銭副子等加算(大・中・小) 円	計 円
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円	計 円
整復料・固定料・治療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円
部位	減額 %	減額開始 月 日	接療料 円 回	冷電法料 80円 回	温電法料 75円 回
1	100	—			
2	100	—			
3	80	—			
	100	—			
4	33	—			
	80	—			
	100	—			
○摘要					合計 円
					一部負担金 円
					請求金額 円
上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日		所在地 施術所 名称 電話		登録記号番号 - - 柔道整復師 氏名 印	
○支払区分 1:振込 3:郵便局送金 2:銀行送金 4:当地払		○預金の種別 1:普通 3:通知 2:当座 4:別段		○金融機関 銀行 本店 金庫 支店	
○口座名称		○口座番号		郵便局	
上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 被保険者（世帯主・受給者）氏名 (この欄は、患者が記入して下さい。ただし、患者が記入することができない場合には、代理人記入の上、押印して下さい。)					
○代理人の氏名 柔道整復師 印					
○代理人の住所 〒					

施術内容をご確認の上、必ず受診者の方が  
被保険者氏名をご記入ください。