

(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		単併区分		1.単独		2.本人		8.高一		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		3.3併		3.3併		4.六歳		6.家族		0.高7		10・9	
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										給付割合の記載が必須となります。																	
1男1明																											
2女																											
負傷名										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																	
旧様式を取繕って使用する場合は、『摘要欄』に記載いただくよう、ご協力をよろしくお願いいたします。										属副子等算 回数 円 施術情報提供料 計 円																	
道整復 回数 円 助後療料 計 円										円 (5) 円 計 円																	
円										円 計 円 多部位 計 円 長期 計 円																	
(3)										60 0.6																	
(4)										60 0.6																	
摘要										明細書発行体制加算 13 円 加算日 ○ 日																	
合計										円																	
一部負担金										円																	
請求金額										円																	
※										円																	
支払区分										登録記号番号																	
1:振込										1:普通																	
2:銀行送金										2:当座																	
3:当地払										3:通知																	
										4:別段																	
金融機関										フリガナ																	
銀行										口座名称																	
本店										口座番号																	
支店																											
本・支所																											
上記のとおり施術したことを証明します。										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。																	
令和 年 月 日										令和 年 月 日																	
所在地〒										住所(上記住所欄と同じ)																	
施術所名称										被保険者																	
電話										世帯主																	
柔道 フリガナ										組合員																	
整復師氏名										受給者																	
										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、 <b>ぼ印</b> 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)