

柔道整復施術療養費支給申請書

|                  |     |     |      |         |                  |      |                  |      |      |                  |      |
|------------------|-----|-----|------|---------|------------------|------|------------------|------|------|------------------|------|
| 都道府県<br>番 号      |     |     |      | 施術機関コード |                  |      |                  |      |      |                  |      |
| 保 険 者 番 号        |     |     |      |         |                  |      |                  |      |      |                  |      |
| 記号・番号            |     |     |      |         |                  |      |                  |      |      |                  |      |
| 保<br>険<br>種<br>別 | 1.協 | 2.組 | 3.共  |         | 単<br>併<br>区<br>分 | 1.単独 | 本<br>家<br>区<br>分 | 2.本人 | 8.高一 | 給<br>付<br>割<br>合 | 10・9 |
|                  | 4.国 |     | 6.後期 |         |                  | 2.2併 |                  | 4.六歳 |      |                  | 0.高7 |

|                         |  |          |  |    |  |  |  |               |  |    |  |  |  |       |  |              |     |     |      |  |                  |                      |                  |                      |              |                  |      |
|-------------------------|--|----------|--|----|--|--|--|---------------|--|----|--|--|--|-------|--|--------------|-----|-----|------|--|------------------|----------------------|------------------|----------------------|--------------|------------------|------|
| —                       |  |          |  |    |  |  |  |               |  |    |  |  |  | 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 |  |    |  |  |  |       |  | 保険<br>種<br>別 | 1.協 | 2.組 | 3.共  |  | 単<br>併<br>区<br>分 | 1.単独<br>2.2併<br>3.3併 | 本<br>家<br>区<br>分 | 2.本人<br>4.六歳<br>6.家族 | 8.高一<br>0.高7 | 給<br>付<br>割<br>合 | 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 |     | 6.後期 |  |                  |                      |                  |                      |              |                  |      |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者 |  | 氏名<br>住所 |  | 氏名 |  |  |  |               |  | 住所 |  |  |  |       |  |              |     |     |      |  |                  |                      |                  |                      |              |                  |      |

|                 |            |                                                                                     |  |            |  |           |  |                  |                     |              |  |               |           |           |  |           |         |         |  |           |         |     |  |     |     |     |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
|-----------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|-----------|--|------------------|---------------------|--------------|--|---------------|-----------|-----------|--|-----------|---------|---------|--|-----------|---------|-----|--|-----|-----|-----|------|----|----------|----|--|-----|--|---|--|---|--|
| 施術内容欄           | 療養を受けた者の氏名 |                                                                                     |  |            |  |           |  |                  | 生 年 月 日             |              |  |               |           | 負傷の原因     |  |           |         |         |  |           |         |     |  |     |     |     |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
|                 | 1 男<br>2 女 |                                                                                     |  |            |  |           |  |                  | 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 |              |  |               |           |           |  |           |         |         |  |           |         |     |  |     |     |     |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
|                 |            |                                                                                     |  |            |  |           |  |                  | 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 |     | 継続月数 |    | 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        |                                                                                     |  |            |  |           |  |                  |                     |              |  |               |           |           |  |           |         |         |  |           |         |     |  |     |     |     |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
| 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 円 |         |         |  | 明細書発行加算 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 回 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 回 円     |  |               |           | 温罨法料 回 円  |  |           |         | 電療料 回 円 |  |           |         | 計 円 |  | 多部位 |     | 計 円 |      | 長期 |          | 頻回 |  | 計 円 |  |   |  |   |  |
| (1)             |            | 100                                                                                 |  | ――         |  |           |  |                  |                     |              |  |               |           |           |  |           |         |         |  |           |         |     |  | ――  |     | ――  |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
| (2)             |            | 80                                                                                  |  | ――         |  |           |  |                  |                     |              |  |               |           |           |  |           |         |         |  |           |         |     |  | 0.8 |     |     |      |    |          |    |  |     |  |   |  |   |  |
|                 |            | 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      |  | 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 |  |           |         | ※       |  |           |         |     |  |     |     |     |      |    |          | 円  |  |     |  |   |  |   |  |

|                       |        |       |      |     |        |
|-----------------------|--------|-------|------|-----|--------|
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 支払区分   | 預金の種類 | 金融機関 | 口座名 | 登録記号番号 |
|                       | 1:振込   | 1:普通  | 銀行   | 口座  |        |
|                       | 2:銀行送金 | 2:当座  | 金庫   | 名称  |        |
|                       | 3:当地払  | 3:通知  | 農協   | 口座  |        |
|                       |        | 4:別段  |      | 番号  |        |

|                       |                         |       |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  |
|-----------------------|-------------------------|-------|--|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術したことを証明します。     |       |  | 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>へ<br>の<br>委<br>任<br>の<br>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。                                                                                                                                                                                                        |                    |  |
|                       | 令和      年      月      日 | 所在地 〒 |  |                                                         | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                                                            | 住      所(上記住所欄と同じ) |  |
|                       | 施術所 名 称                 |       |  |                                                         | 被保険者                                                                                                                                                                                                                               |                    |  |
|                       | 電 話                     |       |  |                                                         | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">[</div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> 世帯主<br/>組合員<br/>受給者 </div> <div style="margin-left: 5px;">]</div> </div> | 氏 名                |  |
|                       | 柔 道 フリガナ                |       |  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |                    |  |
|                       | 整復師 氏 名                 |       |  | 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)