

本会が附番した「施術機関コード」を記載する。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 日

都道府県番号	38	施術機関コード	0080000
保険者番号	380063		

公費負担者番号	83380063	公費負担医療の受給者番号	0001111	保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単独併用区分	1.単独 2.2併 3.3併	本家区分	1.本人 2.六歳 3.家族	給付割合	10・9 8・7
---------	----------	--------------	---------	------	--------------------------	--------	----------------	------	----------------	------	-------------

福祉医療費の医療助成との併用の場合、公費負担者番号8桁を記載する。

福祉医療費の医療助成と併用の場合、公費負担医療受給者番号を記載する。桁不足は右詰めにし、前0を記入する。

福祉医療費の医療助成がない場合  
1. 単独を○で囲む  
福祉医療費の医療助成がある場合  
2. 2併を○で囲む

療養を受けた者の負担割合に応じて一つを○で囲む。  
7. → 一部負担金割合3割  
8. → 一部負担金割合2割  
9. → 一部負担金割合1割

療養を受けた者の氏名

国保 太郎

性別 ①男 1明2大  
2女 3昭4平 年 月 日

本家入外欄は、療養を受けた者に応じて一つを○で囲む。

- 2. 本人 → 本人
- 4. 六歳 → 未就学者
- 6. 家族 → 家族
- 8. 高一 → 「高齢受給者」及び「後期高齢者」の一般・低所得者
- 0. 高7 → 「高齢受給者」及び「後期高齢者」の7割給付者

負傷名	負傷年月日	転帰
右下腿部挫傷	24・8	癒・中止・転医
(2)	.	癒・中止・転医
(3)	.	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	①② 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 1,240円	初検時相談支援料50円	再検料 270円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計	1,560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		

整復料・固定料	① 740円	② 円	③ 円	④ 円	⑤ 円	計	740円
---------	--------	-----	-----	-----	-----	---	------

部位	通減%	通減開始月	通減開始日	後療料 円	回数	冷電料 円	回数	温電料 円	回数	電療料 円	回数	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
(1)	100	—	—	500	1	500	1	80				580	—	580
(2)	100	—	—										—	—
(3)	70	—	—										0.7	—
(4)	70	—	—										0.7	—
(4)	100	—	—										—	—

福祉医療費の医療助成と併用の場合、医療助成対象の「施術日」及び「実日数」を摘要欄に記載する。

福祉医療費の医療助成と併用の場合、福祉医療費助成金額を記載する。

摘要	合計	2	8	8	0	円
[施術日] 1・2 [実日数] 2日	一部負担金		8	6	4	円
	請求金額	2	0	1	6	円
			8	6	4	円

支払区分	預金の種類	金融機関	本店	支店	本・支所	刃がす	口座名称	口座番号	登録記号番号
1:振込 2:銀行送金 3:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協							

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 フリガナ 整復師氏名	受取代理人の欄	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
-------	--	---------	--