

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

被保険者証等に記載された「枝番」は、申請書の「記号・番号」欄に記載しない。

本会が附番した「施術機関コード」

都道府県番号	38	施術機関コード	0080000
被保険者番号			3 8 0 0 6 3

記号・番号	
-------	--

公費負担者番号	8 3 3 8 0 0 6 3	公費負担医療の受給者番号①	0 0 0 1 1 1 1	保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期	単併区分	1.単独 2.2併 3.3併	本家区分	1.本人 2.六歳 3.家族	8.高一 9.高七	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 2女	年齢	1明 2大 3昭 4平 5令
生年月日		年月日	

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	年月日	実日数	転帰
(1) 右下腿部打撲	5・10・1	5・10・1	5・		2	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

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

初検料	1,520 円	初検時相談支援料	100 円	往療料	km 回 円	金属副子等加算	回 円	施術情報提供料	円	明細書発行体制加算	円	計	2,030 円
加算(休日・深夜・時間外)	円	再検料	410 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 760	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	760 円
--------------	-----------	-------	-------	-------	-------	---	-------

部位	通減%	通減開始月日	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
(1)	100	—	505 円 回 505 円	1 回 85 円			590 円	—	—		590 円
(2)	100	—									
(3)	60	—						0.6			
(4)	60	—						0.6			
(5)	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。

摘要	[施術日] 1・2 [実日数] 2日	合計	3 3 8 0 円
		一部負担金	1 0 1 4 円
		請求金額	2 3 6 6 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
明細書発行体制加算日	加算日 日		1 0 1 4 円

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。

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

施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。 令和 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。 令和 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
-------	--	-------------	--

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、ぼ印してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)