

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月分

都道府県番	番号	施術機関コード
保険者番号		
記号・番号		
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	2.本人	4.六歳
	6.家族	
8.高一	0.高7	
給付割合	10・9	8・7

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	保険種別	1.協	2.組	3.共	単併区分	1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	2.本人	4.六歳	6.家族	8.高一	0.高7	給付割合	10・9	8・7
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													

被保険者氏名	氏名	住所
世帯主・組合員の受給者住所		

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男	1明2大	
2女	3昭4平	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	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	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
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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	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						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	冷罨法料	温罨法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
(1)	100	――						――	――		
(2)	100	――						――	――		
(3)	60	――						0.6			
	100										
(4)	60							0.6			
	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	2回目	3回目	柔道整復運動後療料加算日	日	日	日	日	日	円

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

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。 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
-------	--	-------------	--