

障 医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

年 月 分

都道府県番号	13	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
1.協	2.組	3.共	単併区分
4.国	5.退	6.後期	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	8 0 1 3	公費負担医療の受給者番号①	
----------	---------	---------------	--

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
1男	1明2大 3昭4平	
2女	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	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

施 術 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		

整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	-----

部 位	透 減 %	透 減 開 始 月 日	後 療 料 円 回	冷 罨 法 料 円 回	温 罨 法 料 円 回	電 療 料 円 回	計 円	多 部 位 計 円	長 期 計 円
(1)	100	—						—	—
(2)	100	—						—	—
(3)	60	—						0.6	
	100							—	—
(4)	60							0.6	
	100							—	—

摘 要	合 計 円
一部負担金相当額 (医療助成費) 円、請求金額 (医療助成費) 円	一部負担金 (医療保険) 円
	請求金額 (医療保険) 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

支払機関欄	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 本店 金庫 支店 農協 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。 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 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	上記助成費の支給を申請し、その金額の受領を左記の者に委任します。 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。
-----------	--	--	---