

# 柔道整復施術療養費支給申請書

平成  年  月分

社団法人日本柔道整復師会 専用

都道府県番号	施術機関コード
保険者番号	
記号・番号	
公費負担者番号①	公費負担者番号②
公費負担者番号②	公費負担者番号②

被保険者 世帯主・組合員 受給者	氏名 住所	氏名 住所	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	再検料	円	往療料	Km 回	円	金属副子等加算(大・中・小)	円	計	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・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	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
(1)	100	—						—	—		
(2)	100	—						—	—		
(3)	70	—						0.7			
(4)	100	—						—	—		
(4)	70	—						0.7			
(4)	100	—						—	—		

摘要	合計	円
	一部負担金	円
	請求金額	円
	※	円

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
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------	--------

上記の通り施術したことを証明します。	平成 年 月 日	受取代理人の欄	平成 年 月 日
所在地	〒	住所 (上記住所欄と同じ)	
施術所名称		被保険者	
電話		世帯主	
柔道整復師	フリガナ氏名	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、患者が記入できない場合には、代理記入の上、押印してください。