

(柔道整備用)

① 一般疾病医療費支給申請書

広島県知事 様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により一般疾病医療費の支給を申請します。
なお、その受領を施術担当者に委任します。

(年 月 分)

公費負担者番号	1	9	3	4	6	0		保険給付割合等	7割	8割	9割	10割																			
公費受給者番号								併用できる医療 保険等の種類	健保 国保 国保退 (本人・家族・70才以上) 後期高齢 その他()																						
申請者氏名 (被爆者)									後期 高齢	市町村番号																					
									受給者番号																						
生年月日	明	大	昭	年	月	日		発効期日	年 月 日																						
住所・電話	〒 電話																														
負傷の原因	業務災害通勤災害又は第三者行為以外の原因による																														
施 術 の 内 容 欄	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)						治愈・中止・転医																								
	(2)						治愈・中止・転医																								
	(3)						治愈・中止・転医																								
	(4)						治愈・中止・転医																								
	(5)						治愈・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		往診料	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	円							
加算(休日・深夜・時間外)	円		加算(夜間・雑踏・暴 風雨等)	円		施術情報提供料	回		円											計	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	円		冷電法料	回		円	温電法料	回		円	電療料	回		円	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																		
												保険請求額	円																		
												一部負担金 (自己負担分)	円																		
												申請額	円																		
支払口座	金融機関名	支店名	口座種別	番号	名義	カナ	漢字						登録記号番号																		
施 術 証 明 等	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 フリガナ 整備師 氏名							受 取 代 理 人 へ の 委 任 欄	上記請求に基づく給付金の受領を左記の者に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所(上記住所欄と同じ) 氏名																						

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。ただし、当該患者が記入することができない等やむを得ない理由がある場合には、代理人が代理記入をし、当該患者から押印を受けてください。