

(様式第5号)

# 柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 日

都道府県番 01 施術機関コード

保険者番号

記号・番号

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.協	2.組	3.共	1.単独	2.本人	3.高	4.六一	5.給	6.9
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	併	2.2併	3.3併	本	2.本人	8.高
									10・9	
									8・7	

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男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)						治療・中止・転医
(2)						治療・中止・転医
(3)						治療・中止・転医
(4)						治療・中止・転医
(5)						治療・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 初検時相談支度料 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・治療料 (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 回	冷 電 法 料 円 回	温 電 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)	70							0.7	
(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 本店 支店 本・支所 金庫 農協 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。  
 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

受取代理人の欄  
 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

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、代理人の上、捺印してください。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)