

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

都道府県番号	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
	2.本人 3.家族
	4.六歳 5.高7
	8.高一 9.高2
	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
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

被保険者 氏名	住所
世帯主・組合員の受給者 氏名	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 5令	
2女	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 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	再検料 円	加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	柔道整復運動後療料 円			

修復料・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 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)	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 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	円
明細書発行体制加算	加算日	日								円

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

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 整復師 氏名
受取代理人への委任の欄	令和 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、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ぼ印してください。					

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)