

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書
平成30年 7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
	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

【記載例】 旧様式 2部位の例

公費負担者番号①		公費負担者番号②		給付番号②																											
被保険者氏名	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																										
(1)右前腕骨骨折	30・6・3	30・6・4	30・7・4																												
(2)右下腿骨骨折	30・7・3	30・7・4	30・7・4																												
(3)																															
(4)																															
(5)																															
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)	2,850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	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	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計																				
(1)	100	――																													
(2)	100	――																													
(3)	60	――						0.6																							
(4)	60	――						0.6																							
	100	――																													
摘要							合計				円																				
金属副子等加算 3回							一部負担金				円																				
右前腕骨骨折 1回目 30.6.4 2回目 30.7.25							請求金額				円																				
右下腿骨骨折 1回目 30.7.4 2回目 30.7.25							※				円																				
柔道整復運動後療料																															
右前腕骨骨折 4回 1,240円 30.7.4 30.7.11 30.7.18 30.7.25																															
支払区分	預金の種類	金融機関	本店	支店	支所	支所	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。				上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。																											
平成 年 月 日				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 フリガナ				組合員																											
整復師氏名				受給者																											
				氏名																											

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)