

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 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

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	単併区分	1.単独	2.本人	8.高一	給付割合	10・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.後期	単併区分	2.2併	4.六歳	0.高7		

被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所 氏名 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	往療料 km 回 円	金属副子等加算 回 円	施術情報提供料 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 回 円	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 回	冷罨法料 円 回	温罨法料 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	
(4)	100							—	—
(4)	60							0.6	
(4)	100							—	—

摘要	合計 円	一部負担金 円	請求金額 円	※ 円
----	------	---------	--------	-----

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	口座名称	— —
2:銀行送金	2:当座	金庫	口座番号	
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。平成 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 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 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

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)