

柔道整復施術療養費の支給申請内容に係る申出書

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			
保険種別 協・組・船・国・退・高			
本人・家族の区分 本人・家族 6歳就学前・70~75歳(1割・2割・3割) 75歳以上(1割・3割)			
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	
受給者氏名		受給者住所	
療養を受けた者の氏名		生年月日	
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		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)		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	
再検料 円		往療料 km 回 円	
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円	
金属副子等加算(大・中・小) 円		計 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 円 回 円		冷罨法料 円 回 円	
温罨法料 円 回 円		電療料 円 回 円	
計 円		多部位 計 円	
長期 計 円		計 円	
(1)		100	
(2)		100	
(3)		100	
(4)		100	
摘要		合計 円	
		一部負担金 円	
保険者への申請日 年 月 日		請求金額 円	
保険者への療養費支給申請額 円			
上記のとおり施術を行ったこと、及び保険者への請求内容に相異なることを申し出ます。			
平成 年 月 日			
所在地 〒			
施術所 名称			
電話			
柔道 氏名			
整復師			