

柔道整復施術療養費の支給申請内容に係る申出書

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 1.単独 2.2併 3.3併
4.国 5.退 6.後期	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

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

受給者の氏名, 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
	1明 2大 3昭 4平 5令 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 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	

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	冷電法料 回 円	温電法料 回 円	電療料 回 円	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 日 日	2回目 日 日 日	3回目 日 日 日	柔道整復運動後療料加算日	日 日 日 日 日	保険者への申請日 年 月 日	保険者への療養費支給申請額 円
----------	-----------	-----------	-----------	--------------	-----------	----------------	-----------------

上記のとおり施術したこと、及び保険者への請求内容に相違ないことを申し出ます。

令和 年 月 日

所在地 〒

施術所 名称

電 話

柔 道 フリガナ

整復師 氏 名