

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	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	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 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 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)	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