共通第8号様式

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			

―		―	
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	

保険種別	1.協	2.組	3.共		単併区分	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
	4.国	5.退	6.後期								

受給者の氏名，住所	氏名		住所	

施術の内容欄

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因
1男 2女	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 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			

整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 円

部位	逓減%	逓減開始 月 日	後療料 円 回 円	冷罨法料 回 円	温罨法料 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	2回目 日	3回目 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

柔道整復師 フリガナ 氏名