要領第19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

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	

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・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
	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		

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)		—														
	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 保険者への療養費支給申請額　円	請求金額	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いことを申し出ます。

年　月　日

施術所　所在地〒
名称
電話

柔道整復師　氏名