

柔道整復施術療養費・医療費支給申請書 (令和 年 月分)

(あて先) 瀬戸市長

都道府県番号	23	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
保険種別	1.協	2.組	3.共
	4.国	5.退	6.後期
		自	
		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

子
母
障
福

公費負担者番号(*1)	
受給者番号	
受給者の氏名(子ども医療の場合は、対象児童名)及び住所	住所 下 - 電話

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																												
	1男																														
	2女																														
	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	継続月数	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	金属副子等加算	回	円	施術情報提供料	円	明細書発行体制加算	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		円		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	冷電法料 回	温電法料 回	電療料 回	計 円	多部位 計 円	長期 頻回 計 円																						
(1)	100	—						—	—																						
(2)	100	—						—	—																						
(3)	60	—						0.6																							
(4)	60	—						0.6																							
(4)	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	日	医療助成額(*2)						円														
明細書発行体制加算	加算日	日																													

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	本店	
2:銀行送金	2:当座	金庫	支店	
3:当地払	3:通知	農協	支所	
4:別段	4:別段			

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。	令和 年 月 日	所在地 下 -	申請者氏名 (受給者氏名。子ども医療の場合は、保護者氏名)
	施術所名称	電話	フリガナ	柔道整復師氏名
	フリガナ	柔道整復師氏名		
	申請者委任欄	上記請求に基づく医療費の受領方を左記の者に委任します。	令和 年 月 日	(市町村長あて) 長殿
	住所(上記住所欄と同じ場合は、記載を省略することができる。)	下 -	電話	

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
 *1 後期高齢者福祉医療に該当する場合は、公費負担者番号を記入すること。
 (子ども医療、母子・父子家庭医療、障害者医療に該当する場合は、未記入すること。)
 *2 「医療助成額」欄は、市町村が記入するため、未記入とすること。

*自身で記入できない場合は、代理記入してください。