

親(乳)子

医療助成費支給申請書(柔道整復師用)

年 月 分

都道府県番号	13	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	
			10・9
			8・7

公費負担者番号①	8	1	3	公費負担医療の受給者番号①					
----------	---	---	---	---------------	--	--	--	--	--

被保険者 氏名		住所	
世帯主・組合員の受給者 住所			

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因
1男	1明2大	
2女	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 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 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)	60	—						0.6	
	100							—	—
(4)	60							0.6	
	100							—	—

摘要	合計						円		
	一部負担金(医療保険)						円		
	請求金額(医療保険)						円		
一部負担金相当額(医療助成費) 円、請求金額(医療助成費) 円							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	円

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	口座名称	
2:銀行送金	2:当座	金庫	口座番号	
3:当地払	3:通知	農協		
	4:別段			

上記のとおり施術したことを証明します。	受取代理人への委任の欄	上記助成費の支給を申請し、その金額の受領を左記の者に委任します。
年 月 日		年 月 日
所在地		住所(上記住所欄と同じ)
施術所名称		被保険者
電話		世帯主
柔道整復師氏名		組合員
		受給者
		氏名

備考 この用紙は、A列4番とすること。