

親(乳)子

医療助成費支給申請書(柔道整復師用)

年 月 分

Header information including prefecture code (13), insurance number, and patient details.

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

医療保険の給付割合 該当するものに○

Insurance details and patient name/address fields.

傷者の氏名、生年月日、受傷の原因

Table with 8 columns: 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

「実日数」と一致するよう 施術を行った日に○を記入

経過, 請求区分 (新規・継続)

施術日 (1-31)

初検料, 往療料, 金属副子等加算, 手術情報提供料

整復料・固定料・施療料 (1-5) 計

部位, 通減%, 通減開始月日, 後療料, 冷罨法料, 温罨法料, 電療料

◆一部負担金相当額について
・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないものは一部負担金相当額はゼロ
・マル親(81136・・・)は、1割負担
・マル子(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるものは、1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額)
(マル子の記載例 200円に満たないときがあった場合)
摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。
(例) (自己負担額等内訳)
施療料 一部負担相当額 (マル子)
○○日 1,000円 200円
○○日 400円 120円
○○日 800円 200円

◆請求金額(医療助成費)
保険適用の自己負担額から、左記の一部負担金相当額を除いた額

Table with 10 columns: 計, 多部位, 計, 長期, 計

摘要

一部負担金相当額(医療助成費), 請求金額(医療助成費), 一部負担金(医療保険), 請求金額(医療保険)

支払区分, 預金の種類, 金融機関, フリガナ, 口座名称, 口座番号, 登録記号番号

施術証明欄: 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。