

障 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

公費負担者番号 8 0 1 3 公費負担医療の受給者番号①

保険種別 1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期 単併区分 1.単独 2.2併 3.3併 2.本人 4.六歳 6.家族 8.高一 0.高7 給付割合 10・9 8・7

被保険者 氏名 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

Table with columns: 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. Rows (1)-(5) showing injury details and outcomes.

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 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 施術情報提供料 円 計 円

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

Table with columns: 部位, 透減%, 透減開始月日, 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. Rows (1)-(4) showing treatment details.

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 金属副子等加算日 1回目 2回目 3回目 柔道整復運動後療料加算日

支払機関 支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段 金融機関 銀行 金庫 農協 本店 支店 本・支所 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。 年 月 日 所在地 〒 施術所名称 電話 フリガナ 柔道整復師氏名 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 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名 この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ば印してください。

備考 この用紙は、A列4番とすること。