



医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

都道府県番	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
4.国	5.退	6.後期	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

年 月 分

公費負担者番号 8 1 3

公費負担医療の受給者番号①

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

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

1男 1明2大

2女 3昭4平

5令 年 月 日

負傷の原因

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

「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 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 回 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

施術情報提供料 円

明細書発行体制加算 円

計 円

修復料・固定料・施術料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円

部位	通減%	通減開月	料計	円	多部位計	円	長期計	円
(1)	100							
(2)	100							
(3)	60				0.6			
(4)	100							
(4)	60				0.6			
(4)	100							

◆一部負担金相当額について

- ・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子・マル青(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・マル青(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・マル青の記載例 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)	
施術料	一部負担相当額
○〇日 1,000円	200円
○〇日 400円	120円
○〇日 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

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

明細書発行体制加算 加算日

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段

預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段

金融機関 銀行 本店 支店 本・支所 金庫 農協

刃がす 口座番号

登録記号番号

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

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、ぼ印してください。