（様式第５号）

柔道整復施術療養費支給申請書

令和　年　月分

都道府県番号	38	施術機関コード	
保険者番号	380139		
記号・番号	四国中央　00000000		

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
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

公費負担者番号①　公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②　公費負担医療の受給者番号②

被保険者 世帯主・組合員の 受給者 氏名 住所	氏名	四国　太郎	住所	愛媛県四国中央市〇〇町**番地**

療養を受けた者の氏名	性別	生年月日	負傷の原因
四国　太郎	1男（〇）・2女	1明　2大　3昭（〇）　4平　5令　50年1月1日	自宅の階段でつまづき転倒して幹部を打つ

	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)	右膝部打撲	5・10・1	5・10・2	5・10・2	5・10・15	3	治癒（〇）・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

確認①

確認②

経過　　　　請求区分：新規（〇）・継続

施術日：1 2（〇） 3 4 5 6 7 8（〇） 9 10 11 12 13 14 15（〇） 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	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　回　円		

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

部位	逓減%	逓減開始 月 日	後療料 円 回 円	冷罨法料 回 円	温罨法料 回 円	電療料 回 円	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	7200 円
一部負担金	2160 円
請求金額	5040 円
※	円

確認③

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

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。

令和　年　月　日

施術所　所在地〒

名称

電話

柔道整復師　フリガナ 氏名

受取代理人への委任の欄

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。

令和　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　四国太郎

確認④

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。

備考　この用紙は、A列4番とすること。　（※は保険者使用欄）