

(様式第5号の2)

柔道整復施術療養費支給申請書（償還払い用）（令和 年 月分）

被保険者 記号・番号																																											
施 術 の 内 容 欄	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 3 昭 4 平 5 令 2 女 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 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		通減 %		通減開始 月 日		後療料 円 回 円					冷電法料 回 円 円					温電法料 回 円 円					電療料 回 円 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															円			
																									※															円			
金属副子等 加算日										1回目 日 日 日					2回目 日 日 日					3回目 日 日 日					柔道整復運動 後療料加算日					日 日 日 日 日												円	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																										
	令和 年 月 日										住所 〒 -										申請者 (被保険者) 殿 氏名													電話									
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関		銀行 本店 支店 本・支所					フリガナ																															
	1:振込		1:普通									口座																															
	2:銀行送金		2:当座									名称																															
施 術 証 明 欄	3:当地払		3:通知									口座																															
	4:別段		4:別段									番号																															
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術し、その費用を領収しました。										受 取 代 理 人 へ の 委 任 の 欄		本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。																														
	令和 年 月 日												令和 年 月 日																														
	所在地〒 施術所 名 称 電 話												申 請 者 住所 (被保険者) 氏名																														
柔 道 整 復 師 氏 名	登録番号 フリガナ 氏 名												代 理 人 住所 氏名																														
													※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の 口座に振込を希望する)場合に記入してください。																														

備考 この用紙は、A列4番とすること。（※は保険者使用欄）