

柔道整復施術療養費支給申請書 (償還払い用) (令和 年 月分) 記入例

被保険者証等の 記号番号																																																							
療養を受けた者の氏名										生 年 月 日					負傷の原因																																								
1男 2女										1明 2大 3昭 4平 5令 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 円					回数 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 円					回数 円					計 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																				
(4)										60					—																				0.6																				
(4)										100					—																																								
摘 要																										合 計															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										申請者 (被保険者)					住所 〒○○○-△△△△ 東京都台東区上野○-○-○					氏名 東食 太郎					電話 ○○-○○○○-○○○○																														
東京都食品健康保険組合 殿																																																							
支払機 関欄										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					フリガナ 口座 名称 口座 番号					トウシヨクダロウ 東食 太郎					1 2 3 4 5 6 7																				
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。																令和 年 月 日					所在地〒					施術所 名称					電話					登録番号 柔道 整復師 氏名									
																										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					申請者 住所 (被保険者) 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。				

申請欄、支払機関欄をご記入ください。