

## 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																															
療養を受けた者の氏名				生年月日			負傷の原因																								
				1男	3昭4平5令																										
				2女	年月日																										
施 術 術	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		対日数	継続月数	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
の 内 容 欄	初検料	円	初検時相談	円	往療料	km	金属副子等	回	施術情報	明細書発行	円	支援料	回	加算	円	提供料	体制加算	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	回			円	運動後療料	円	運動後療料	円				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	冷罨法料	回	温罨法料	回	電療料	回	計 円	多部位	計 円	長期	頻回	計 円															
(1)	100	—									—	—																			
(2)	100	—									—	—																			
(3)	60	—									0.6																				
	100										—	—																			
	60										0.6																				
	100										—	—																			
摘要														合計	円																
														※	円																
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	日																					
明細書発行体制加算 加算日															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				-																		
	東京都食品健康保険組合理事長 殿								氏名				電話																		
支 払 機 関 欄	支払区分 1:振込 2:当座	預金の種類 1:普通 2:当座	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																										
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事業主(代理人)に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 (申請者) 事業所所在地 事業主 事業所名 (代理人) 事業主名																									
																			◎給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合に記入してください。												