

（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			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		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																			
初検料		円		初検時相談 支援料		円		往療料		km		円		金属副子等 加算		回		円		施術情報 提供料		明細書発行 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 運動後療料		回		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		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		頻回		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		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																																	
明細書発行体制加算 加算日		日																																																	
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) 氏名 電話																														
東京都食品健康保険組合理事長 殿																																																			
支 払 機 関 欄	支払区分 1:振込		預金の種類 1:普通 2:当座		金融機関		銀行		本店		口座																																								
					金庫 農協		本店 支店 本・支所		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。										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										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。																														
所在地〒 施術所 名 称 電 話 登録番号 柔 道 フリガナ 整復師 氏 名																																																			