

(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) 記入例

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																																									
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 回 円		金属副子等 加算 円		回数 円		施術情報 提供料 円		明細書発行 体制加算 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		円		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		冷電法料 回 円		温電法料 回 円		電療料 回 円		計 円		多部位 計 円		長期 計 円		頻回 計 円																							
(1)		100		――												――		――																									
(2)		100		――												――		――																									
(3)		60		――												0.6																											
(4)		100														――		――																									
(4)		60														0.6																											
(4)		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										円													
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 〇 年 〇 月 〇 日 東京都食品健康保険組合理事長 殿 申請者 (被保険者) 氏名 東食 太郎 住所 東京都台東区上野〇-〇-〇 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 〒〇〇〇 - △△△△																																									
支払機関欄		支払区分 1:振込 2:普通 2:当座		預金の種類 〇〇		金融機関 銀行 金庫 農協		本店 支店 本・支所		口座 名称		トウショク タロウ		東食 太郎		口座 番号		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 フリガナ 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。																															