

障

医療助成費支給申請書（柔道整復師用）

記入例

年 月 分

都道府県番号	13	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
保険種別	1.協同	2.組合	3.共済
	単独	2.2併	単独
	本人	2.本人	8.高一
	4.六歳		給付割
			10・9

被保険者 世帯主・組合員 受給者

80136 もしくは80137からはじまる8桁の番号

9からはじまる7桁の番号

マイナ保険証または資格確認書に記載の保険者番号を記入。

※月途中に保険者が変更になった場合には、保険者ごとに申請書を分けてご提出ください。

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
(1)	.	.
(2)	.	.
(3)	.	.
(4)	.	.
(5)	.	.
経 過		
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
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
金属副子等加算 円	柔道整復運動後療料 円	円
整復料・固定料・施療料	(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円	
部位	通減 %	通減開始 月 日
(1)	100	後療料 円 回 円
(2)	80	冷電法料 円 回 円
	100	温電法料 円 回 円
		電療料 円 回 円

「実日数」は下段の「施術日」と同じ日数になります。

和暦で表記してください。
(西暦は和暦に直してください。)

◆合計
施術に係る合計金額を記入。

◆一部負担金
医療保険の負担割合分を記入。
Ex) 3割負担の受給者の場合、「3割」に○を記入し、合計金額から請求額を引いた金額を記入。

◆請求額
保険請求額を記入。
Ex) 3割負担の受給者の場合、合計金額の7割を記入。

負担者番号「80136」→合計金額の1割分

「一部負担金(医療保険)」から
「一部負担金相当額(医療助成費)」を
差引いた金額

一部負担金相当額(医療助成費)	円、請求金額(医療助成費)	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
支払区分	預金の種類	金融機関
1:振込	1:普通	銀行
2:銀行送金	2:当座	本店
3:当地払	3:通知	支店
	4:別段	本・支所
フリガナ	口座名称	口座番号
登録記号番号		

上記のとおり施術したことを証明します。	受 上記助成費の支給を申請し、その金額の受領を左記の者に委任します。
◆口座番号が8桁未満の場合、桁不足の部は0（ゼロ）で埋めず、空欄にする。	年 月 日
	所(上記の者)
電話	氏 名
柔道整復師 氏 名	世帯主・組合員・受給者
	この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入する事ができない場合には、代理記入の上、ぼ印してください。