別記第３号様式

㊘ ㊙ ㊑ ㊟

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			

―		―	
公費負担者番号①	8 1 3	公費負担医療の受給者番号①	

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 6.後期	単併区分	1.単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族 8.高一 0.高7	給付割合	10・9 8・7

医療保険の給付割合。該当するものに○

被保険者 世帯主・組合員の 受給者　氏名　住所

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因
1男 2女	1大 2昭 3平 4令　年　月　日	

施術の内容欄

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

和暦で数字を記入

「実日数」と一致するよう施術を行った日に○を記入

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　金属副子等加算　回　円　施術情報提供料　円　明細書発行加算　円　計　円

加算(休日・深

整復料・固　円　(5)　円　計　円

部位	逓減%	逓月	円	計 円	多部位	計 円	長期	頻回	計 円
(1)	100				―	―			
(2)	80				0.8				
	100				―	―			

◆一部負担金相当額について
・マル親（81137・・・）、マル乳、マル子・マル青（証の右上に「通院負担有200円」の記載がないもの）は一部負担金相当額は０円
・マル親（81136・・・）は、１割負担
・マル子・マル青（証の右上に「通院負担有200円」の記載があるもの）は、１回200円（ただし、200円に満たない場合はその額）

（マル子・マル青の記載例　200円に満たないときがあった場合）
摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。
（例）
（自己負担額等内訳）

	施術料（10割）	一部負担金相当額（マル子・マル青）
○○日	1,000円	200円
○○日	400円	120円
○○日	800円	240円

摘要

合計		円
一部負担金（医療保険）		円
請求金額（医療保険）		円
		円

一部負担金相当額（医療助成費）　円、請求金額（医療助成費）　円

◆請求金額（医療助成費）
保険適用の自己負担額から、左記の一部負担金相

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

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関		フリガナ
	1:振込 2:銀行送金 3:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協	本店 支店 本・支所	口座名称 口座番号

登録記号番号　―　―

施術証明欄

上記のとおり施術したことを証明します。

年　月　日

所在地〒

施術所 名称

電話

柔道整復師 フリガナ 氏名

受取代理人への委任の欄

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。

年　月　日

住所（上記住所欄と同じ）

被保険者［世帯主 組合員 受給者］氏名

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。

備考　この用紙は、A列４番とすること。