

医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

都道府県番号 13 施術機関コード

保険者番号

年 月 分

記号・番号

公費負担者番号 8 1 3 公費負担医療の受給者番号

保険種別 1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 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

被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 生 年 月 日 負傷の原因

Table with columns: 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

経過 請求区分 新規・継続

Table with columns: 施術日 (1-31), 初検料, 往療料, 金属副子等加算, 加算(休日・深夜・時間外), 再検料, 加算(夜間・難路・暴風雨雪), 柔道整復運動後療料

Table with columns: 整復料・固定料・施療料 (1-5), 計

Table with columns: 部位, 通減%, 通減開始月日, 後療料, 冷罨法料, 温罨法料, 電療料, 計, 多部位, 長期, 頻回

摘要 合計 一部負担金(医療保険) 請求金額(医療保険) 一部負担金相当額(医療助成費) 円、請求金額(医療助成費) 円

支払機関欄 支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段 金融機関 銀行 本店 支店 本・支所 金庫 農協 フリガナ 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 〒 柔道整復師 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

備考 この用紙は、A列4番とすること。