【記入上の注意点】

別記第３号様式

障 医療助成費支給申請書（柔道整復師用）

年　月分

都道府県番号	#	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 0 1 3	公費負担医療の受給者番号①	9

保険種別：1.協　2.組　3.共　4.　5.退　6.後期
単独／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 世帯主・組合員の 受給者　氏名　住所
氏名
住所

療養を受けた者　年　月　日
1 男　2 女　1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令　年　月　日
負傷の原因

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	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

施術の内容欄

初検料　円 加算(休日・深夜・時間外)　円	初検時相談支援料　円 再検料　円	往療料　km　回　円 加算(夜間・難路・暴風雨雪)　円	金属副子等加算　回　円 柔道整復運動後療料　回　円	施術情報提供料　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	逓減%	逓減開始 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	計 円
(1)	100	――						――	――		
(2)	100	――						――	――		
(3)	60	――						0.6			
	100							――	――		
(4)	60							0.6			
	100							――	――		

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

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　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　金庫　農協　本　支　本・支　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〒
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
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。

80136もしくは80137から始まる8桁の番号

9から始まる7桁の番号

保険証を確認のうえ、保険者番号・記号番号・給付割合等を記入してください。

和暦で表記してください。（西暦は和暦に直してください。）

実日数は下段の施術日日数と同じ日数になります。

一部負担金（医療保険）から一部負担金相当額（医療助成費）を差し引いた金額

負担者番号「80136」→合計金額の１割分
負担者番号「80137」→0円

代理記入のうえ押印による作成も可