

記入例

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		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	0	1	3	公費負担医療の受給者番号①	10・9	8・7
被保険者 氏名		住所		住所		給付割合	
世帯主・組合員の受給者		住所		住所		10・9	
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					
2 女		3 昭 4 平					
		5 令					
負 傷 名		負 傷 年 月 日		初 検 年 月 日		施 術 開 始 年 月 日	
(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	
施 術 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		初検時相談支援料		往療料		金属副子等加算	
円		円		km 回 円		回 円	
加算(休日・深夜・時間外)		再検料		加算(夜間・難路・暴風雨雪)		施術情報提供料	
円		円		円		円	
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円	
						(4) 円	
						(5) 円	
計		円		円		円	
部位		通減 %		通減開始 月 日		後療料 円 回 円	
(1)		100		—			
(2)		100		—			
(3)		60		—			
		100					
(4)		60					
		100					
冷罨法料		温罨法料		電療料		計	
回 円		回 円		回 円		円	
多部位		計		長期		頻回	
計		円		円		円	
摘 要						合 計	
						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		一部負担金 (医療保険)	
						円	
請求金額 (医療保険)						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	
明細書発行体制加算		加算日		日			
支払機関		預金の種類		金融機関		フリガナ	
1:振込		1:普通		銀行		口座	
2:銀行送金		2:当座		金庫		名称	
3:当地払		3:通知		農協		口座	
		4:別段		本店		番号	
				支店			
				本・支所			
						登録記号番号	
						—	
上記のとおり施術したことを証明します。		年 月 日		所在地〒		住所(上記住所欄と同じ)	
年 月 日						被保険者	
施 術 所 名 称		電 話		柔 道 整 復 師 氏 名		氏 名	
						世帯主	
						組合員	
						受給者	
						氏 名	
						代理記入のうえ、ぼ印による作成も可	
受取代理人への委任の欄						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。	

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

保険証を確認の上、保険者番号・記号番号、給付割合等をご記入ください。

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」と同じ日数になります。

負担者番号「80136」→合計金額の1割分 負担者番号「80137」→0円

「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