

大阪市国民健康保険 柔道整復施術療養費支給申請書

年 月 施術分

○保険者番号		○保険種別		○本人・家族の区分	
		政・組・船・国・退・老		本人・家族	3歳未満・70歳以上(1割・2割)
○被保険者証等の記号・番号		○生年月日		○被保険者(世帯主・受診者)の氏名	
		明・大・昭・平・令 年 月 日			
				〒	

施 術 の 内 容 欄	○療養を受けた者の氏名		○生年月日		○負傷の原因				
			明・大・昭・平・令 年 月 日						
	○負傷名		○負傷年月日		○初検年月日				
	(1)		年 月 日		年 月 日				
	(2)		年 月 日		年 月 日				
	(3)		年 月 日		年 月 日				
	(4)		年 月 日		年 月 日				
	(5)		年 月 日		年 月 日				
	○経 過					請求区分	新規・継続		
	初検料 円		初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回 円	金属副子加算(大・中・小) 円	計 円		
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 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	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回 円	冷罨法料80円 回 円	温罨法料75円 回 円	電療料30円 回 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円
1	100	—						—	—
2	100	—						—	—
3	70	—						0.7	
	100							—	—
○摘 要					合 計				円
					一 部 負 担 金				円
					請 求 金 額				円

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。												
	令和 年 月 日		施 術 所 所 在 地 名 称								電 話		
登録記号番号		— —		柔道整復師 氏名印								○	
上記のとおり施術を行い、その費用を全額受領したことを証明します。													
令和 年 月 日		施 術 所 所 在 地 名 称								電 話			
登録記号番号		— —		柔道整復師 氏名印								○	