

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

令和 4年 1月分

都道府県番 27 施術機関コード

保険者番号 274019

記号・番号 阪国北000000 枝番:01

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.協 2.組 3.共	単併区分	1.単独 本 2.本人 8.高一	10・9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	4.国 5.退 6.後期		7	8・7

被保険者 氏名 大阪 太郎 住所 大阪市北区中之島1丁目3番2

世帯主・組合員の受給者 住所

療養を受けた者の氏名 大阪 1男 1明2大5令 生年月日 元年1月1日

負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
 (1) 自宅の階段でつまづき転倒して患部を打つ
 (2) (3) 自宅の階段でつまづき転倒して患部を捻る

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
4・1・3	4・1・4	4・1・4	4・1・20	3	治癒・中止・転医
4・1・3	4・1・4	4・1・4	4・1・20	3	治癒・中止・転医
4・1・3	4・1・4	4・1・4	4・1・20	3	治癒・中止・転医
					治癒・中止・転医
					治癒・中止・転医

経過 請求区分 新規・継続

初検料	初検時相談支援料	往療料	金属副子等加算	回数	施術情報提供料	計
円	円	km	円	円	円	円
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	回数	円	円
円	円	円	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

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	計	長期	計
(1)	100	—						—	—		
(2)	100	—						—	—		
(3)	60	—						0.6	—		
(4)	100	—						—	—		
(4)	60	—						0.6	—		
(4)	100	—						—	—		

摘要	合計	6	1	0	0	円
	一部負担金	1	8	3	0	円
	請求金額	4	2	7	0	円
	※					円

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 金庫 農協 本店 支店 本・支所

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 所在地 〒 施術所名称 電話 柔道整復師氏名

受取代理人への委任の欄 上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 令和 年 月 日 住所(上記住所欄と同じ) 大阪太郎 氏名