

千葉県ひとり親家庭等医療費等助成事業
柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

都道府県番号										12		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		5		1		2		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	2.2併	3.3併	本家区分	4.六歳	5.家族	6.高7	8.高1	9.給付割合	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												8・7							
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者住所										氏名		住所																													
療養を受けた者の氏名										生年月日										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男										1明2大3昭																															
2女										4平5令 年 月 日																															
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	
初検料 円										初検時相談支援料 円		再検料 円		往療料 km 回 円		金属副子等加算(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		冷電法料 円 回		温電法料 円 回		電療料 円 回		計		円		多部位		計		円		長期		計		円					
(1)										100		—																													
(2)										100		—																													
(3)										60		—														0.6															
(4)										60		—														0.6															
(4)										100		—																													
摘要										合計										円																					
										一部負担金										円																					
										請求金額										円																					
										※										円																					
支払区分		1:振込		2:銀行送金		3:当地払		4:別段		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		フリガナ		口座		名称		口座		番号		登録記号番号	
上記のとおり施術したことを証明します。										令和 年 月 日										また、療養費の受領を		に委任します。		会長																	
所在地										令和 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											
施術所名称										電話										フリガナ		柔道		整復師		氏名		印													
備考										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、押印してください。																															

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)