

# 千葉県子ども医療費助成事業 柔道整復施術療養費支給申請書

平成 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					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		2.本人		4.六歳		8.高一		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										6.家族		0.高7				8・7																																																																					
被保険者氏名 世帯主・組合員の受給者住所										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																																																																																									
2女										3昭4平 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 円										冷罨法料 円 回 円										温罨法料 円 回 円										電療料 円 回 円										計 円										多部位 計 円										長期 計 円									
(1)										100										—																																																																															
(2)										100										—																																																																															
(3)										70										—																																																		0.7																													
(4)										100																																																																																									
(4)										70										—																																																		0.7																													
(4)										100																																																																																									
摘要																														合計										円																																																											
																														一部負担金										円																																																											
																														請求金額										円																																																											
																														※										円																																																											
支払区分										預金の種類										金融機関										フリガナ										登録記号番号																																																											
1:振込										1:普通										銀行										本店																																																																					
2:銀行送金										2:当座										金庫										支店																																																																					
3:当地払										3:通知										農協										本・支所																																																																					
										4:別段																				口座																																																																					
																														口座																																																																					
																														番号																																																																					
上記のとおり施術したことを証明します。										平成 年 月 日										また、療養費の受領を 会長に委任します。										受取代理人の欄										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。																																																											
所在地〒																														平成 年 月 日																																																																					
施術所名称																														住所(上記住所欄と同じ)																																																																					
電話																														被保険者																																																																					
柔道整復師氏名																														世帯主																																																																					
																														組合員																																																																					
																														受給者																																																																					
																														氏名																																																																					

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)

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。