

障 医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

都道府県番号 13 施術機関コード

保険者番号

年 月 分

記号・番号

公費負担者番号 8013 公費負担医療の受給者番号

保険種別 1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期 単併区分 1.単独 2.2併 3.3併 本家区分 2.本人 4.六歳 6.家族 8.高一 0.高7 給付割合 10・9 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

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

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 往療料 km 回 円 金属副子等加算 円 施術情報提供料 円 計 円

加算(休日・深夜・時間外) 円 再検料 円 加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円 柔道整復運動後療料 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

摘要 合計 一部負担金(医療保険) 請求金額(医療保険) 一部負担金相当額(医療助成費) 円、請求金額(医療助成費) 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 本・支所 金庫 農協 フリガナ 口座名称 口座番号 登録記号番号

施術証明欄 上記のとおり施術したことを証明します。 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 上記助成費の支給を申請し、その金額の受領を左記の者に委任します。 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

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。