

親乳子

医療助成費支給申請書（柔道整復師用）

年 月 分

都道府県番号 13 施術機関コード

保険者番号

記号・番号

Table with columns for public burden numbers (公費負担者番号) and insurance types (保険種別).

被保険者 氏名 住所 受給者 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

Table with columns for injury name (負傷名), injury date (負傷年月日), and treatment dates (施術開始年月日).

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

Table for costs: 初検料 (円), 往療料 (km), 金属副子等加算 (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).

Table for treatment costs: 整復料・固定料・施療料 (円), (1) (円), (2) (円), (3) (円), (4) (円), (5) (円).

Table for detailed costs: 部位 (円), 通減% (円), 通減開始月日 (円), 後療料 (円), 冷罨法料 (円), 温罨法料 (円), 電療料 (円), 計 (円).

Summary table (摘要) with columns for total amount (合計), partial burden (一部負担金), and request amount (請求金額).

支払機関 支払区分 預金の種類 金融機関 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。 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。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。