医療費助成支給申請書

公益社団法人　日本柔道整復師会 都道府県番号	１９

助成種別	子育て　・　ひとり親　・　重度心身障害者

柔道整復師の 登録番号	

（　　年　　月分）

○保険者番号	○公費負担者番号	○受給者番号	○保険種別
			協・組・共・国（退）・後

○被保険者証の記号・番号	○被保険者の氏名	○被保険者の住所
		〒

施術の内容

○療養を受けた者の氏名	○生年月日	○続柄	○負傷の原因
男 女	明・大・昭・平 年　月　日		

○　負　傷　名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始	○施術終了	○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

初検料　円 加算（休日・深夜・時間外）　円	初検時相談支援料　円 再検料　円	往療料　km　回　円 加算（深夜・暴風雨雪）　円	金属副子等加算　回　円 柔道整復運動後療料　回　円	施術情報提供料　円	計	円

整復料・固定料・施術料	(1)　円	(2)　円	(3)　円	(4)　円	(5)　円	計	円

部位	逓減%	逓減開始月日	後療料　円　回　円	冷罨法料85円　回　円	温罨法料75円　回　円	電療料30円　回　円	計　円	多部位	計　円	長期	計　円
1	100	——						—	——		
2	100	——						—	——		
3	60	——						0.6			
	100	・						—	——		
4	60	・						0.6			
	100	・						—	——		
5	60	・						0.6			
	100	・						—	——		

○摘　要

合　計							円
助成割合							円
請求金額							円

金属副子等加算日	1回目　日	2回目　日	3回目　日	柔道整復運動後療料加算日	日	日	日	日	日

上記の通り施術したことを証明します。

年　　月　　日

施術所　所在地
名　称
電　話
柔道整復師　氏　名　　㊞

上記助成費の支給を申請し、その金額の受領方を
公益社団法人山梨県柔道整復師会会長 大室 正美 殿
に委任します。

年　　月　　日

被保険者
組合員　住　所（住所は上記と同じ）
（世帯主）
（受給者）　氏　名　　㊞