

# 後期高齢者医療療養費支給申請書

（ 年 月分）（柔道整復用）

都道府県番号	手術機関コード
保険者番号	

被保険者番号													
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	併単区分	1. 単独	2. 2併	3. 3併	本家区分	2. 本人	8. 高一	保険種別	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						4. 六歳	0. 高7		8・7

※氏名記載の場合は個人番号は省略できます。

被保険者氏名・住所	氏名	住所	※個人番号(12桁)
-----------	----	----	------------

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	年 月 日				
2. 女		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)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(2)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(4)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		治癒・中止・転医
(5)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		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	往療料	km 回	円	金属副子等加算	回	円	施術情報提供料	回	円	明細書発行体制加算	回	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	回	円		円		円		円			
整復料・固定料・治療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円										円

部位	通減%	通減開始月日	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
1	100	—	円 回	円 回	円 回	円 回	円	円	—	—	円
2	100	—							—	—	
3	60	—						0.6			
	100							—	—		
4	60	—						0.6			
	100							—	—		

摘 要										合 計	円
										一部負担金	円
										請求金額	円
金属副子等加算日	1回目	2回目	3回目	柔道整復運動後療料加算日	日	日	日	日	日	※	円
明細書発行体制加算	加算日	日									

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 金庫 農協	本店 支店 本・支店	刃がけ 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。	年 月 日	所在地〒	施設所 名称	電 話	柔道 フリカナ 整復師 氏 名	受取代理人への委任の欄	上記請求に基づく給付金の受領方を先の者に委任します。	年 月 日	住所（上記住所欄と同じ）	被保険者氏名
---------------------	-------	------	--------	-----	--------------------	-------------	----------------------------	-------	--------------	--------

備考 この用紙は、A列4番とすること。（※は保険者使用欄）