様式第２９号（第１９条関係）

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		施術機関コード	
保険者番号			

一		一	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	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
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

被保険者 氏名・住所	氏名		住所

施術の内容欄

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 2 女	1 明　2 大　3 昭 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	継続月数	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 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(夜間・難路・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	明細書発行体制加算　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　回　円	温罨法料　回　円	電療料　回　円	計　円	多部位	計　円	長期	頻回	計　円
(1)	100	———						——	———			
(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　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
明細書発行体制加算　加算日	日							

※　円

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関		フリガナ	
1:振込 2:銀行送金 3:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協	本店 支店 本・支所	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。

令和　　年　　月　　日

所在地〒

施術所 名称

電話

柔道整復師 フリガナ 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左記の者に委任します。

令和　　年　　月　　日

住所（上記住所欄と同じ）

被保険者氏名

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、ぼ印してください。

備考　この用紙は、A列４番とすること。　　（※は保険者使用欄）