



医療助成費支給申請書 (柔道整復師用)

都道府県番	13	施術機関コード	
保険者番号			
記号・番号			
1.協	2.組	3.共	4.国
5.退	6.後期	1.単独	2.本人
		2.2併	3.併
		3.3併	4.六歳
			5.家族
			6.高7
			8.高7
			10・9
			8・7

公費負担者番号	8	1	3	公費負担医療の受給者番号①	
---------	---	---	---	---------------	--

提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入

医療保険の給付割合

被保険者氏名		氏名		住所	
世帯主・組合員の受給者					

療養を受けた者の氏名	1男	1明2大	生年月日		負傷の原因
	2女	3昭4平	年月日		
		5令			

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)						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

「実日数」と一致するよう施術を行った日に○を記入

経過		請求区分	新規・継続
----	--	------	-------

初検料	円	初検時相談支援料	円	往療料	km	金属副子等加算	回	回数	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	回数	円	計	円

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

部位	通減%	通減開月	料	計	円	多部位	計	円	長期	計	円
(1)	100										
(2)	100										
(3)	60					0.6					
(4)	100										
(4)	60					0.6					
(4)	100										

◆一部負担金相当額について  
 ・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないもの)は一部負担金相当額はゼロ  
 ・マル親(81136・・・)は、1割負担  
 ・マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるもの)は、1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額)  
 (マル子・マル青の記載例 200円に満たないときがあった場合)  
 摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。  
 (例)  
 (自己負担額等内訳)  
 施術料 一部負担相当額 (マル子・マル青)  
 ○○日 1,000円 200円  
 ○○日 400円 120円  
 ○○日 800円 200円

◆請求金額(医療助成費)  
 保険適用の自己負担額から、左記の一部負担金相当額を除いた額

一部負担金相当額 (医療助成費)	円	請求金額 (医療助成費)	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					
----------	-----	-----	-----	--------------	--	--	--	--	--

支払区分	預金の種類	金融機関	刃がす	登録記号番号
1:振込	1:普通	銀行	口座	
2:銀行送金	2:当座	金庫	名称	
3:当地払	3:通知	農協	口座	
	4:別段		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	住所(上記住所欄と同じ)
施術所名称		電話	被保険者
柔道整復師氏名			世帯主
			組合員
			受給者
			氏名

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。  
 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。