



共済番号

認定・登録番号

保険者名称

都道府県番号

施術機関  
コード

保険者番号

確認

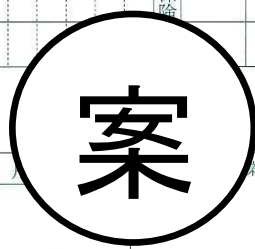
記号・番号

# 柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

公費負担者 番号①	公費負担医療の 受給者番号①	保険	単 併 区 分	本 家 区 分	給 付 割 合
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 氏名  
世帯主・組合員の  
受給者 住所 住所



療養を受けた者の氏名(フリガナ) 生 年 月 日  
1. 男 1. 明 2. 大  
3. 昭 4. 平  
2. 女 年 月 日

問診表   
来院簿

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

症状・経過・標準超過理由 前月実日数 延実日数

(2) 治癒・中止・転医

症状・経過・標準超過理由 前月実日数 延実日数

(3) 治癒・中止・転医

症状・経過・標準超過理由 前月実日数 延実日数

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

施術時間 10:00

請求区分 新規・継続

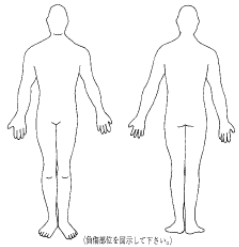
初検料 円 初検時相談支援料 円 再検料 円 往療料 km 回 円 金属副子等加算(大・中・小) 円 計 円

加算(休日・深夜・時間外) 円 加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円 施術情報提供料 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	冷 罨 法 料	温 罨 法 料	電 療 料	計	多 部 位	計	長 期	計
(1)	100	—						—	—		
(2)	100	—						—	—		
(3)	70	—						0.7	—		
(4)	70	—						0.7	—		
(4)	100	—						—	—		

長期理由 月別に経過がわかるように  
骨折医師の同意・同意日  
同意なしの後療理由  
往療理由  
鍼灸治療 有・無



合 計					円
一部負担金					円
請 求 金 額					円
※					円

再負傷日・再負傷原因

登録記号番号  
共済・地共済番号  
機関コード  
施術所住所  
施術所名  
柔整師名

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。  
平成 年 月 日  
住 所 (上記住所欄と同じ)  
被保険者 氏名  
[世帯主  
組合員  
受給者]  
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、押印してください。