千葉県ひとり親家庭等医療費等助成事業
柔道整復施術療養費支給申請書

令和　　年　　月分

都道府県番号	12	施術機関コード	
保険者番号			

―		―	
公費負担者番号①	8 5 1 2	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

記号・番号

保険種別	1.協	2.組	3.共		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
	4.国	5.退	6.後期								

被保険者 世帯主・組合員の受給者	氏名	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 4平5令　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)	・　・	・　・	・　・	・　・		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

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	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	逓減%	逓減開始 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	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
※		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	1:普通	銀行	本店		口座名称
2:銀行送金	2:当座	金庫	支店		
3:当地払	3:通知	農協	本・支所		口座番号
	4:別段				

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　また、療養費の受領を　　会長
に委任します。

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 世帯主 組合員 受給者　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、押印してください。

備考　この用紙は、日本工業規格A列４番とすること。　(※は保険者使用欄)